BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

MÉDECIN DES DISPENSAIRES,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME CINQUANTE-UNIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, EDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1856

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

La saignée et ses détracteurs.

La science est avant tout l'œuvre du temps, et à ce titre elle est l'œuvre de tous.
(MALGAIGNE.)

On a vu, à toutes les époques de la science, des esprits portés à outrer les tendances en faveur et à compromettre, en l'exagérant, le succès des meilleures idées : esprits faux, dont l'originalité brille surtout dans l'art de donner à quelques paradoxes les apparences d'une découverte, et pour lesquels il n'est pas de progrès sans le dédain de la tradition. C'est ainsi que de l'exactitude des méthodes, qui de nos jours est le caractère le plus tranché de la science, est résulté chez quelques observateurs une disposition sceptique à ne croire que ce qu'ils ont expérimenté par eux-mêmes, et l'oubli de ce précepte important de logique, qui veut qu'on ne demande à chaque ordre de connaissances que le genre de preuves qu'il est susceptible de fournir. « Bien que nous ayons rejeté à jamais, disait récemment un critique, *les affreux mélanges qui empoisonnaient nos pères*, les indications positives nous font défaut, *et les méthodes thérapeutiques sont incapables de résister, soit à l'examen, soit à l'expérience.* » (Gazette méd., 1er mars 1856.) Est-ce assez clair? et que vous en semble, chers confrères, appelés tous les jours à faire sur le terrain de la pratique l'application chanceuse de cet art équivoque ? Quel est le principe thérapeutique, si bien établi qu'il paraisse, capable de résister à ce dénigrement systématique qui s'en prend à tout, nie la certitude puisée dans l'induction ou dans l'analogie, et fait successivement table rase des procédés les plus éprouvés. C'était naguère le tour de la vaccine, hier celui des exutoires, demain c'est

la saignée qui sera mise en cause. Que dis-je? c'est déjà fait; déjà on la met en demeure de se défendre. L'Académie royale de Belgique vient de proposer au concours la question de son opportunité dans les maladies aiguës; et si on ne l'a pas encore fait comparoir devant notre Académie impériale, si déjà elle n'a pas été immolée à la faconde de quelque orateur de la docte assemblée, il y a néanmoins dans quelques thèses, dans les publications périodiques, dans certains cours, des signes fatidiques, avant-coureurs assurés du discrédit dans lequel est menacée de tomber sa faveur séculaire. Je connais un élève qui n'a pu, le malheureux, apprendre à pratiquer la phlébotomie dans la clinique à laquelle il était attaché, cette gothique opération ayant été mise à l'index, ou à peu près, par le professeur. J'ajouterai même en passant, et pour prouver que nous avons des idées plus avancées en matière de *progrès* qu'on ne se l'imagine généralement à Paris, que le fait s'est passé dans une école de province!... Et notez bien que ce n'est pas sur des questions litigieuses, comme l'est l'utilité des émissions sanguines dans les fièvres continues, que l'hostilité est déclarée, mais à propos de maladies dans lesquelles l'efficacité de cette pratique semblait la plus incontestée, telles que la pneumonie, le rhumatisme articulaire, l'apoplexie, etc.

Du reste, loin d'avoir rien de nouveau et de tenir au progrès de nos connaissances, comme on voudrait nous le faire croire, les attaques contre la saignée se reproduisent à toutes les phases de l'art, dont elles subissent périodiquement les vicissitudes. Elles ont, pour parler le langage de l'école, leur cause éloignée dans les éternelles fluctuations de l'esprit humain, destiné à tomber incessamment d'un excès dans un autre; et leur cause prochaine dans ce scepticisme, fils dégénéré du libre examen, qui mine peu à peu toutes nos croyances et ne semble devoir laisser d'autre refuge au besoin de croire que la foi aux phénomènes surnaturels dont, par un bizarre contraste, notre époque présente l'étonnant spectacle (¹).

Discuter la valeur des raisonnements ou des faits sur lesquels s'appuient les antagonistes de la saignée, prouver que son emploi n'a rien qui soit en désaccord avec l'expérience de nos jours et avec les progrès les plus récents de nos connaissances; réunir enfin comme dans un faisceau la masse compacte des témoignages imposants qui

(¹) Sans prétendre en tirer une conclusion rigoureuse quant à la similitude des deux époques, on peut remarquer que les choses se passèrent de même à l'époque de la dissolution de la société gréco-romaine, où le scepticisme se trouve en présence du supernaturalisme dans l'école d'Alexandrie.

déposent en faveur de cette pratique, tel est le but que je me propose d'atteindre, autant du moins qu'il me sera possible de le faire dans les limites nécessairement restreintes d'une publication périodique.

Les modernes dépréciateurs des émissions sanguines ne peuvent donner pour base à leur opinion qu'une de ces trois choses : 1° une doctrine générale, ou tout au moins une théorie qui en démontre les inconvénients ou l'inefficacité; 2° les progrès nouvellement accomplis dans la science et qui prouveraient la nécessité d'y renoncer ; 3° leur expérience personnelle, complétement défavorable à cette médication.

Voyons si, dans l'état actuel de la science, on peut déduire de l'une ou l'autre de ces considérations la nécessité de rejeter, soit les évacuations sanguines en général, soit la saignée en particulier.

I. D'abord existe-t-il aujourd'hui une doctrine générale ou quelque théorie particulière qui mène à cette conclusion? Quelle est cette doctrine? De quelle théorie voudrait-on parler? Depuis la chute de la doctrine physiologique, aucun système n'a surgi en médecine. Le vent n'est pas au dogmatisme. La découverte d'une formule générale pour les faits complexes qui composent la science de l'organisme dans l'état de santé ou de maladie semble, de nos jours, pouvoir aller de pair avec la recherche de la pierre philosophale. Telle est, il est vrai, la prétention de l'homœopathie; mais le *Bulletin de Thérapeutique*, qui ne s'occupe que de choses sérieuses, n'a rien à voir avec cette prétendue doctrine; je n'ai donc pas à répondre ici à des homœopathes. Tout ce que l'on pourrait conclure des doses infinitésimales, si le système avait toujours été expérimenté avec bonne foi et dans les conditions d'une expérimentation sévère, c'est qu'il est plus de maladies qu'on ne pense qui guériraient par les seuls efforts de la nature (et, en ce sens, je suis homœopathe). Mais enfin, homœopathie à part, on a fini par reconnaître avec Bacon qu'au lieu de partir de ces vastes synthèses qui avec la prétention de tout expliquer laissent en dehors beaucoup plus de faits qu'elles n'en embrassent « il faut, au contraire, commencer par des généralisations partielles qui, une fois vérifiées, serviront de point de départ à des généralisations de plus en plus étendues. »

En résumé, rien dans l'état actuel des théories médicales n'autorise à proscrire l'emploi de la saignée ; aucune doctrine générale n'a survécu au naufrage des systèmes. Quant aux théories partielles qui peuvent résulter des applications nouvelles de la chimie pathologique à quelques états morbides, ces théories, qui sont encore à l'état d'hy-

pothèses plus ou moins contestables, n'ont rien, comme nous le verrons tout à l'heure, qui soit en désaccord avec l'emploi des émissions sanguines.

II. Les progrès récents de la science offrent-ils des motifs mieux fondés pour une telle conclusion?

Ces progrès, qu'à l'exemple de quelques pessimistes je suis bien loin de contester, consistent essentiellement, si je ne me trompe: 1° dans le perfectionnement du diagnostic; 2° dans la connaissance plus approfondie des lésions anatomiques qui déterminent la maladie; 3° dans l'application des sciences physiques et chimiques à la pathologie, et plus particulièrement, en ce qui concerne ce travail, à l'analyse physiologique et pathologique du sang.

1° Si le perfectionnement des méthodes diagnostiques n'a pas été sans influence sur les progrès thérapeutiques, il n'a rien de commun du moins avec *le choix* des procédés curatifs, rien de contradictoire avec l'emploi de la saignée; seulement, à une certaine époque, le principe exagéré de la localisation a pu faire préférer les saignées locales à la phlébotomie.

2° Les beaux travaux d'anatomie pathologique qui ont signalé, ou pour mieux dire qui ont rempli les trente premières années de ce siècle, avaient d'abord conduit l'école physiologique à conclure du caractère fréquemment phlegmasique des lésions cadavériques à la nécessité de recourir à de nombreuses émissions sanguines; — et Dieu sait quel abus il s'en fit alors! — Plus tard, et par suite de la réaction qui s'opéra contre les doctrines broussaisiennes, on vit sortir de ces mêmes recherches je ne sais quelles tendances fatalistes ou sceptiques qui eurent pour résultat d'enrayer la thérapeutique. Le chapitre du *traitement* disparut, ou à peu près, des monographies publiées à cette époque, pour faire place à d'interminables descriptions nécroscopiques qui avaient sans doute leur utilité, mais d'où l'anatomo-pathologisme crut malheureusement pouvoir conclure que le praticien, en présence des désordres occasionnés par la maladie, n'avait plus qu'à se croiser les bras et à déplorer l'impuissance de l'art... C'était, pour nous servir du mot qu'Asclépiade appliquait, si injustement d'ailleurs, à la doctrine d'Hippocrate, « une longue méditation sur la mort. »

De ces exagérations, et du décri des travaux thérapeutiques qui s'ensuivit, s'il ne reste aucune trace aujourd'hui que l'anatomie pathologique est appréciée à sa juste valeur, il n'est rien sorti non plus, que je sache, de défavorable à l'emploi judicieux de la saignée. On peut même dire qu'en somme cet ordre de recherches lui est

plutôt favorable que contraire, eu égard à la fréquence des lésions phlegmasiques et congestionnelles, les autres procédés thérapeutiques empruntant leurs données au dynamisme et au chimisme, plutôt qu'à l'étude des tissus malades.

3° Les progrès accomplis dans la physiologie expérimentale, et surtout l'application des sciences physiques et chimiques à la médecine justifient-ils l'abandon des émissions sanguines? A quel point de vue? sous quels rapports?

D'abord, il faut bien l'avouer, de toutes les branches de la médecine, celle qui a le moins profité de ces progrès, c'est la thérapeutique. L'application la plus directe qu'on en ait faite à cette dernière est, sans doute, celle qui découle de la chimie pathologique, et particulièrement de l'analyse du sang malade. Eh bien! cette analyse a-t-elle prouvé qu'il fallait s'abstenir de la saignée là où on la pratique de temps immémorial? ou qu'il fallait la pratiquer dans les circonstances où l'on est généralement d'accord pour ne pas la faire? L'état hyperfibrineux du sang qu'elle accuse dans les phlegmasies en général et dans la pneumonie en particulier est-il un motif pour ne pas saigner? Ces analyses n'ont-elles pas prouvé même la nécessité de revenir à cette pratique dans certains cas de scorbut *aigu* où la phlébotomie avait été abandonnée, et où l'on constate cependant «la conservation du chiffre normal de la fibrine et quelquefois son augmentation, le chiffre souvent élevé des globules, et l'intégrité de celui de l'albumine?» (Becquerel et Rodier, *Traité de chimie pathologique*.) N'avait-on pas renoncé déjà à la saignée dans les fièvres typhoïdes graves, avant que la chimie n'y démontrât la défibrination du sang? Saignait-on dans l'anémie, dans la chlorose, avant qu'on n'y constatât l'appauvrissement des globules? Et ne voit-on pas admise, dès Galien, la distinction de la vraie et de la *fausse* pléthore, où, malgré les apparences contraires, on ne doit pas tirer du sang, parce que ce fluide est pauvre en éléments réparateurs? «Non solum omnes non indigere venæ sectione, sed *nec* «*plethoricos ipsos*, nisi prius abundantia ipsa *qualis ejus natura* «sit determinatum fuerit.» (Galien, *De venæ Sect.*, adv. Erasist.) Ce n'est pas non plus d'aujourd'hui que l'on a admis une lésion du sang analogue chez des femmes enceintes. Mais j'ajouterai que si l'on partait de l'état chlorotique pour en conclure qu'il ne faut saigner *dans aucun cas*, on serait exposé à faire fausse route. J'ai, pour mon compte, saigné quelquefois avec succès, en semblable circonstance. Voici, entre autres, un fait tout récent:

Mme B., âgée de vingt-cinq ans, enceinte de sept mois et primi-

pare, a été traitée, avant son mariage, pour une chlorose dont elle n'est pas encore guérie, et contre laquelle je continue, depuis quelques mois qu'elle est entre mes mains, la médication tonique et ferrugineuse à laquelle elle avait été préalablement soumise. Aux symptômes habituels se joint, à plusieurs reprises, un écoulement sanguinolent par la vulve, qui résiste au décubitus horizontal, et autres précautions usitées en pareil cas. Bientôt une céphalalgie opiniâtre, avec épistaxis, se déclare. La malade se plaint d'oppression. Le pouls, sans être dur, est développé, et modérément fréquent. (On sait, du reste, quelle fréquence il acquiert chez quelques chlorotiques.) Voyant là les symptômes d'un état pléthorique, ou plutôt d'une distension en quelque sorte mécanique de l'appareil circulatoire (quelle que fût, d'ailleurs, la nature du fluide en circulation), je fis une saignée d'environ 400 grammes, nonobstant la contre-indication de la chlorose. Le caillot, peu volumineux et nageant dans une grande quantité de sérum, se recouvre d'une couenne mince et molle, comme on l'observe souvent en cas semblable. Cette saignée amène la disparition des accidents relatés ci-dessus, et notamment de l'écoulement vaginal, qui m'inspirait de sérieuses inquiétudes pour une fausse couche. Je continue les ferrugineux, et Mme B., qui ne se sent pas affaiblie, arrive au terme de sa grossesse dans un état de santé satisfaisant.

Un homme éminent, qui crut un moment pouvoir opérer dans la pathologie la réforme qu'il avait contribué à faire dans la physiologie, Magendie s'éleva beaucoup, dans ses cours au Collége de France, contre l'abus qu'un certain nombre de praticiens faisaient alors de la saignée. Il s'efforça de prouver, par des expériences sur les animaux, que cette opération ayant pour effet d'enlever au sang son élément fibrineux (ce qu'on savait depuis longtemps), produisait, si elle était plusieurs fois renouvelée, des lésions secondaires qui finissaient par amener la mort. Il montrait sur des animaux morts presque exsangues des poumons engoués ou remplis de sérosité, et il en concluait que les affections graves, et notamment les pneumonies qui surviennent souvent à la fin des maladies aiguës, ont pour cause les saignées abondantes qu'on a cru devoir leur opposer. A l'appui de ses expériences, il citait l'exemple d'un jeune homme saigné à outrance (on ne sait pourquoi) dans le cours d'une fièvre tierce, et à l'autopsie duquel on trouvait les poumons infiltrés; celui d'une jeune femme qui, à la suite d'hémorrhagies utérines (présumées puerpérales), et parvenue au dernier degré de faiblesse, avait été prise des symptômes d'une péritonite, à laquelle

elle avait succombé. (*Leçons sur les phénomènes physiques de la vie.*)

Les propositions émises par Magendie sont en général d'une vérité si vulgaire qu'elles n'avaient pas besoin de l'art des vivisections pour s'imposer au public médical. Elles peuvent s'appliquer d'ailleurs à toute espèce de remède, et confirmeraient, s'il en était besoin, une vérité vieille comme le monde, c'est qu'entre *user* et *abuser* il y a tout l'intervalle qui sépare la vérité de l'erreur.

Maintenant, de ce qu'un sang en partie dépouillé de sa fibrine et impropre à se coaguler s'extravase dans tous les tissus et y produit des désordres variés, s'ensuit-il rigoureusement qu'il faille attribuer à l'emploi des émissions sanguines les maladies intercurrentes qu'on voit terminer d'une manière fatale un grand nombre d'affections aiguës? On me permettra de dire que de telles conclusions dépassent beaucoup les prémisses. Ainsi, je ne sache pas que ces terminaisons soient beaucoup plus rares aujourd'hui que l'on saigne peu, qu'il y a vingt-cinq ans où l'on saignait beaucoup. J'employais fréquemment alors, pour ma part, les émissions sanguines dans les fièvres continues; et j'en suis très-sobre aujourd'hui, parce qu'il m'a semblé que la nature fait tous les frais de leur guérison, quand elles sont guérissables. Eh bien! j'observe aussi souvent qu'autrefois les pneumonies secondaires; et je n'ai jamais été plus frappé que dans ces dernières années des mystérieuses transformations de maladies qu'on voit s'opérer successivement chez le même malade, sans que l'on puisse le plus souvent trouver le lien physiologique qui les rattache. Après tout, la persistance du mouvement fébrile ne suffit-elle pas à expliquer l'altération du sang dans les pyrexies? ne finit-elle pas dans les fièvres intermittentes par produire aussi des cachexies, résultat évident de cette altération? Ainsi, M. Marchal de Calvi a vu la fibrine diminuer par l'agitation qu'on lui imprime. (*Acad. des sciences*, 1850.) C'est encore un fait du même genre qu'on observe chez les bœufs surmenés.

En résumé : si la chimie humorale nous montre un état hypofibrineux du sang dans certaines maladies où personne ne songe à faire de la saignée une règle générale, elle révèle aussi un accroissement de l'élément fibrineux dans beaucoup d'autres, et la conclusion la plus rationnelle qu'on puisse tirer de là, c'est la nécessité de soustraire au malade cet excédant de principes qui a sur les congestions actives et sur la plupart des inflammations une influence si irrécusable. Ce n'est donc que par une singulière inconséquence qu'on s'appuierait sur cet ordre de recherches pour renoncer aux

émissions sanguines; ce qui faisait dire avec infiniment de sens à M. le professeur Forget : « On argue de la chimie humorale pour proscrire l'organicisme et la saignée, mais on récuse son autorité quand elle parle en leur faveur; telle est la logique des passions. »

III. Puisque ni le perfectionnement du diagnostic, ni les progrès accomplis dans l'anatomie pathologique et dans les sciences physiques n'ont rien qui implique la proscription de la saignée, il reste à trouver dans l'expérience clinique ou dans la pratique de nos jours des motifs pour la rejeter.

Ici nous nous trouvons en face d'un problème important de logique médicale.

Un fait qui domine dans l'histoire de la saignée, c'est son double caractère d'antiquité et d'universalité. On a saigné partout et toujours.

Or, qu'opposent à cette masse imposante de témoignages les détracteurs de la saignée ? leur expérience *individuelle*, leur pratique *particulière*. Maintenant de quelle valeur est, en thérapeutique, le témoignage individuel en opposition au consentement général ?

Voilà, si je ne me trompe, la question que nous débattons ramenée à ses plus simples termes. Mais il y a ici une distinction à faire.

S'il s'agit de doctrines *spéculatives*, ni la durée, ni l'universalité ne sont une garantie suffisante de leur vérité. On a vu des erreurs se transmettre de générations en générations, et un seul homme avoir raison contre son siècle. Mais s'il s'agit de doctrines *pratiques*, à l'universalité et à la pérennité de ces doctrines s'attache une force de présomption, je dirai plus, un principe de certitude qu'on ne saurait méconnaître sans renverser les bases mêmes de la pratique.

Voilà pourquoi les faits particuliers allégués contre les évacuations sanguines, fussent-ils cent fois plus nombreux, ne suffiraient pas à mes yeux pour infirmer son efficacité. Il y a quelqu'un, a-t-on dit, qui a plus d'esprit qu'aucun de nous : c'est tout le monde. Je crois le mot parfaitement vrai en matière de thérapeutique.

Mais la tradition que j'invoque en faveur de cette pratique a-t-elle bien la valeur et les caractères que je lui attribue ? Les noms qui dans l'histoire se rattachent à son emploi lui donnent-ils une consécration suffisante pour la mettre à l'abri des revirements de l'opinion ? Ne peut-on invoquer contre elle les fluctuations qu'a subies à toutes les époques la faveur qui s'y est attachée ? Si elle a eu ses partisans convaincus, n'a-t-elle pas eu aussi ses antagonistes sérieux ? Voilà ce qu'il nous faut examiner, car on est difficile aujourd'hui, et l'on a raison, en fait de preuves historiques. Cet examen

fait, il ne restera plus qu'à opposer à la tradition séculaire, qui est encore celle de la majorité des médecins de nos jours, les faits allégués de notre temps par les praticiens qui ont cru devoir renoncer aux émissions sanguines, puis à voir de quel côté penche la balance. — Ce sera l'objet d'un second article.

Docteur C. SAUCEROTTE,
Médecin en chef de l'hôpital de Lunéville.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'emploi des vésicatoires sur le col de l'utérus dans le traitement des affections de cet organe.

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Au milieu de ce vague, de cette incertitude qui pèsent sur la thérapeutique utérine et livrent chaque praticien à ses propres efforts, à son expérience personnelle, il est impossible cependant de ne pas être frappé de la tendance presque générale qui porte les esprits vers l'emploi de moyens qui, par leur énergie et leur activité, sont tout à fait en disproportion avec la gravité et la résistance des maladies que l'on veut combattre et guérir. A voir avec quelle complaisance on porte sur le col de l'utérus les caustiques les plus forts, le fer rouge lui-même, ne serait-on pas tenté de supposer que les affections que l'on attaque ainsi sont des maladies d'une gravité extrême et menacent comme telles, dans un temps très-rapproché, l'existence des femmes qui en sont atteintes? Que ferait-on de plus en effet contre un charbon, contre une pustule maligne? Et cependant c'est pour amener la cicatrisation d'exulcérations souvent même tellement superficielles, qu'il faut les regarder obliquement pour apercevoir l'absence de l'épithélium; c'est pour faire cesser une sécrétion muqueuse ou mucoso-purulente qui ne dépasse pas quelques grammes dans les vingt-quatre heures; c'est pour diminuer le volume et le poids de l'organe utérin engorgé ou hypertrophié, et sans pouvoir savoir au juste cependant dans quelles limites se sont produits cet engorgement ou cette hypertrophie, que l'on ne recule pas devant l'emploi des caustiques les plus énergiques, de la potasse caustique, de la pâte de Vienne, du fer rouge, enfin! Quel est donc le praticien prudent qui emploierait à l'extérieur de pareils moyens, si l'exulcération avait son siége à l'extrémité du doigt, si la sécrétion se faisait par les fosses nasales, si l'hypertrophie ou l'engorgement affectaient l'extrémité du nez? Il y a donc dans la thérapeutique

des affections utérines, telle qu'elle est instituée aujourd'hui, une infraction flagrante à ce précepte de la thérapeutique de tous les temps : *proportionner le remède à la gravité de la maladie*, précepte qu'un plaisant avait traduit par : *Ne pas prendre une massue pour tuer une mouche*.

Veut-on avoir d'ailleurs la clef de cette thérapeutique militante et batailleuse des affections utérines : elle est tout entière dans l'insensibilité relative du col de l'utérus; dans la docilité avec laquelle cette partie de l'organe se laisse déchirer, cautériser, brûler, sans traduire ses souffrances par une réaction violente. Qui donc eût osé porter des agents modificateurs si terribles sur le col de l'utérus, quelle est la femme qui se fût soumise à de pareilles pratiques, si l'insensibilité de l'organe n'eût encouragé toutes ces tentatives et n'eût assuré en quelque sorte leur impunité? Est-ce à dire que ces moyens sont toujours inutiles, qu'ils n'ont jamais rendu de services? Nullement; il se rencontre et il se rencontrera, au contraire, toujours dans la pratique de ces cas graves et rebelles dans lesquels ces moyens de traitement trouveront certainement leur place; il faut rendre même cette justice aux personnes qui ont proposé d'avoir recours à ces moyens énergiques, qu'elles ont spécifié de n'en faire usage qu'après avoir épuisé sans succès tous les autres moyens. Telle est malheureusement, telle était surtout autrefois la pénurie de la thérapeutique à cet égard, qu'il n'est pas surprenant qu'en désespoir de cause, des hommes hardis aient été de mander à des tentatives tant soit peu téméraires un succès que les moyens ordinaires leur refusaient.

Et moi aussi, j'ai longtemps marché dans la voie où de si grandes autorités me précédaient et me montraient le chemin. De graves accidents m'ont ouvert les yeux, et je me suis demandé si ces accidents, si rares qu'ils soient, ne devaient pas nous rendre plus circonspects dans l'emploi de moyens dont on ne mesure que l'action locale et non le retentissement sur l'organe malade et sur l'organisme tout entier; je me suis demandé si, dans le traitement des affections utérines, nous devions nous affranchir de cette espèce de hiérarchie qui nous fait passer des moyens plus doux à des moyens plus énergiques, ainsi de suite, jusqu'à ceux dont les conséquences redoutables, possibles, ne doivent pas nous faire méconnaître l'utilité dans certaines circonstances données.

Ces réflexions m'ont amené à me demander comment personne n'avait songé à l'application des vésicatoires sur le col de l'utérus. Les vésicatoires ne calment-ils pas merveilleusement les douleurs,

ne sont-ils pas un de nos moyens résolutifs les plus efficaces et de nos modificateurs topiques les plus certains? Or, la douleur, les engorgements hypertrophiques, les lésions de certaines parties du col accessibles à la vue, comptent parmi les éléments les plus ordinaires des affections utérines, s'ils ne les constituent pas à eux seuls. Il était donc permis d'espérer que les applications de vésicatoires auraient peut-être quelques effets avantageux dans les cas de ce genre.

Je n'étais pas cependant très-rassuré, je l'avoue, sur les résultats de ma première tentative. Qu'allait-il advenir? Le vésicatoire prendrait-il, et s'il prenait, ne produirait-il pas une inflammation de mauvaise nature? n'occasionnerait-il pas des accidents vers les organes voisins, et en particulier vers la vessie? Toutes ces craintes devaient s'évanouir au contact des faits, de l'expérience. Aujourd'hui, après plus de six mois de l'emploi de ces vésicatoires et de leur emploi sur une grande échelle, non-seulement je puis affirmer que les vésicatoires appliqués sur le col de l'utérus prennent très-bien en donnant lieu, à quelques nuances près, aux mêmes phénomènes qui accompagnent l'application des vésicatoires sur d'autres points du corps, et en particulier au soulèvement de l'épithélium et à l'exsudation séreuse; mais j'ajoute que je suis encore à voir l'ombre d'une inflammation de mauvaise nature et encore moins d'une irritation vers le rectum ou vers la vessie, à la suite de ces applications.

Cette première difficulté levée, et avant de préciser les conditions dans lesquelles les applications des vésicatoires sur le col de l'utérus me paraissent susceptibles de rendre de véritables services dans le traitement des affections de cet organe, je crois devoir entrer dans quelques détails relativement au procédé à suivre dans leur application, indiquer les précautions que cette application nécessite et faire connaître les phénomènes dont elle est suivie.

Rien de plus embarassant au premier abord, et en réalité rien de plus facile que l'application de ces vésicatoires. Le col utérin est mis à découvert comme dans les examens ordinaires au spéculum; mieux vaut employer pour cela un spéculum plein, car la manœuvre est plus facile, mais on y réussit aussi avec un spéculum bi, tri ou quadrivalve. Avant tout, il faut absterger avec soin le col des mucosités qui le tapissent ou du sang qui est fourni quelquefois par les excoriations touchées par l'angle du spéculum; on y procède avec un tampon de charpie sèche qu'on retourne plusieurs fois au fond du spéculum; mais quelquefois l'adhérence du mucus est telle qu'il faut mouiller la charpie pour parvenir à le détacher. En tout

cas, il faut bien dessécher le col avec de la charpie avant d'appliquer le vésicatoire.

Si le médecin a déjà examiné plusieurs fois le col de l'utérus et s'il en a bien apprécié les dimensions, il a pu tailler préalablement une rondelle de la grandeur du col dans un taffetas vésicant, bien adhésif et suffisamment chargé du principe vésicant; sous ce rapport le vésicatoire dit d'*Albespeyre* est celui qui atteint le mieux le but. Si le médecin n'a pas fait un examen suffisant où s'il se décide immédiatement à cette application, il taille le vésicatoire ou le fait tailler par la personne qui l'aide, mais toujours de la grandeur du col. Il ne reste plus alors qu'à placer la rondelle de vésicatoire sur le col et à l'y maintenir. Saisissant avec de longues pinces la rondelle à son centre et du côté opposé à l'emplâtre, il la porte au fond du spéculum et l'étale avec soin sur le col, en appuyant sur les anfractuosités ou les saillies qui peuvent empêcher une application exacte; dans certains cas même, on se trouve bien de fendre la rondelle en plusieurs points sur les bords pour avoir une coaptation plus parfaite. Une grosse boulette de charpie sèche, ou, mieux encore, trempée par l'une de ses extrémités dans le collodion ordinaire, est portée en contact avec la rondelle de vésicatoire et maintenue par deux ou trois grosses boulettes de charpie sèche; puis le spéculum est retiré en maintenant la charpie avec les pinces. Le collodion a pour but de soutenir le vésicatoire en donnant à la charpie un peu de dureté et en lui permettant d'adhérer aux parties voisines; mais cette partie de l'opération n'est pas indispensable; et, soit dit en passant, je regrette de n'avoir pas eu à ma disposition de collodion cantharidal bien préparé; car je ne doute pas que j'eusse obtenu avec le collodion vésicant les mêmes effets, et par un procédé bien plus simple.

Quoi qu'il en soit, le vésicatoire est laissé en place pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, suivant les circonstances; il convient de recommander aux malades le repos au lit ou sur une chaise longue pendant les huit ou dix premières heures qui suivent l'application du vésicatoire; sans quoi, il se dérange, prend inégalement sur les lèvres du col ou même sur le vagin; enfin, chez les femmes dont l'orifice vulvaire est très-large, il peut tomber de lui-même quelques heures après, bien que cela soit rare, si on a employé du collodion.

L'application du vésicatoire n'est rien moins que douloureuse par elle-même; le collodion seul détermine un peu de cuisson et de brûlure très-passagère. Mais quatre ou six heures après, il se produit une sensation de chaleur, de picotement, de cuisson et même

de brûlure dans le petit bassin ; cette sensation est du reste très-supportable et ne se prolonge pas au delà de quelques heures ; la malade s'aperçoit alors d'un écoulement séreux abondant, qui rappelle par tous ses caractères l'exsudation du vésicatoire, qui est roussâtre comme lui et empèse le linge à sa manière. Tout rentre dans l'ordre et les malades peuvent garder le tampon dans le vagin pendant vingt-quatre et quarante-huit heures, sans en souffrir le moins du monde, conservant seulement l'écoulement séreux, qui se prolonge quelquefois tout le temps que le tampon reste en place.

Le vésicatoire, ainsi que je l'ai dit plus haut, est levé vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'application ; pour le lever, je me sers habituellement du spéculum bivalve, avec lequel j'écarte les parois du vagin, et, saisissant les tampons de charpie à mesure que je les aperçois dans l'écartement des branches de l'instrument, je les retire au dehors. Pour éviter à la malade et pour s'éviter à soi-même l'odeur fétide qu'exhale ce tamponnement chez quelques femmes, il faut avoir à côté de soi un vase plein d'eau, dans lequel on jette les tampons à mesure. Le col est abstergé avec un pinceau de charpie ; on constate l'effet local produit par le vésicatoire, et avant de retirer le spéculum, on jette dans la profondeur du vagin une cuillerée d'amidon en poudre. On revient à ce pansement pendant deux, trois ou quatre jours, en faisant faire à la malade des injections émollientes ou très-légèrement astringentes quelques instants avant l'examen, pour délayer et enlever l'amidon. Dans quelques cas où l'irritation était un peu trop vive et s'accompagnait d'un peu d'exaspération dans les douleurs, j'ai badigeonné la surface du col avec du laudanum liquide, et en jetant par-dessus un peu d'amidon en poudre, j'ai obtenu un grand soulagement. Reste à savoir si l'on ne pourrait même pas faire servir ces surfaces vésiquées à la pénétration d'agents médicamenteux. J'ai commencé sur ce point des expériences qui ne sont pas assez concluantes pour que je puisse en entretenir mes confrères. — Ai-je besoin d'ajouter que les vésicatoires ne rendraient aucun service et ne prendraient même pas si le vagin ou le col de l'utérus étaient baignés par des mucosités trop abondantes ou par du sang venant en certaine quantité de la cavité utérine ; mais si, après avoir essuyé avec soin le fond du spéculum, on ne voit sourdre ni mucosité ni sang pendant quelques secondes, on peut passer outre et être sûr que le vésicatoire prendra.

Il me reste à décrire les phénomènes produits sur le col de l'utérus par l'application d'un vésicatoire. Par suite de l'adhérence intime de l'épithélium au tissu du col et peut-être aussi à cause de son peu

d'épaisseur, il est rare de trouver sur le col une véritable vésication en tout semblable à celle que l'on observe sur la peau; c'est à peine si j'ai pu constater quelquefois une ou deux petites ampoules pleines de sérosité citrine; mais en revanche l'épithélium est épaissi, froncé, opaque; il se détache dans certains cas facilement, mais moins que l'épiderme, et la limite de l'application du vésicatoire est indiquée par un liséré d'un rouge vif, qui contraste avec la pâleur ou la coloration rose clair de la partie du col qui n'a pas été atteinte par le vésicatoire.

La cicatrisation s'opère probablement par une exfoliation insensible de l'épithélium épaissi et froncé; de jour en jour, on la voit marcher de la circonférence au centre sous forme d'un épithélium mince, au-dessous duquel est encore reconnaissable à sa rougeur pendant longtemps la place où l'application du vésicatoire a été faite.

Si le vésicatoire a été appliqué sur une surface ulcérée, les phénomènes sont les mêmes, sauf en ce qui regarde l'épithélium, qui ne se reproduit pas là où il manquait; mais en revanche, la surface prend en général un aspect d'un rouge vif; au delà, l'épithélium est épaissi, froncé, opaque.

En général, et surtout lorsqu'il n'existe pas d'ulcérations, il convient d'attendre que l'épithélium soit reformé, six ou sept jours au moins, avant d'en venir à une autre application de vésicatoire; mais dans les cas où il existe des ulcérations, je crois inutile d'attendre au delà de six ou sept jours avant de revenir au même moyen. Si la cicatrisation doit s'opérer, elle le fait ordinairement en ce peu de temps, et si l'on a d'ailleurs quelque doute à cet égard, un pansement avec 25 ou 50 centigr. d'alun, une cuillerée d'amidon à la suite, juge la question; car, sous cette influence, la cicatrisation marche très-rapidement si elle doit avoir lieu. C'est de cette manière et par ces considérations que j'ai été conduit à appliquer jusqu'à deux, trois, quatre et cinq vésicatoires chez la même femme, dans un intervalle de deux à trois mois.

Les effets thérapeutiques du vésicatoire ne diffèrent pas sur le col de l'utérus de ce qu'ils sont ailleurs. De même que le vésicatoire est à l'intérieur le meilleur moyen de calmer certaines douleurs, les douleurs d'ensemble ou les douleurs partielles, plus particulièrement limitées aux nerfs, en application sur le col de l'utérus, le vésicatoire modifie très-avantageusement les douleurs dont l'utérus ou plutôt le système utérin tout entier est le siége; avec lui les douleurs dans le bas-ventre, dans certains points en particulier, à l'hypogastre, dans les fosses iliaques gauche ou droite, les douleurs, tiraillements et pesanteurs dans les reins, les douleurs dans les cuisses, dont le

point de départ se trouve dans des affections utérines chroniques, quelles qu'elles soient (métrites chroniques, déplacements, déviations, etc., etc., le cancer excepté, bien entendu); tous ces phénomènes douloureux, disons-nous, se modifient et perdent de jour en jour de leur intensité. Le vésicatoire suit même dans l'ordre dans lequel il fait disparaître ces douleurs une régularité qui rappelle l'ordre le plus habituel dans lequel ces douleurs se sont produites; les douleurs de ventre disparaissent les premières; les douleurs et les tiraillements dans les reins persistent plus longtemps. Mais pour obtenir la disparition complète de ces douleurs, lorsqu'elles sont anciennes, il ne faut pas s'en tenir à une seule application. Bien que le soulagement soit la règle, il est des cas défavorables dans lesquels l'amélioration ne fait son apparition qu'à partir du deuxième ou même du troisième vésicatoire. La persévérance est ici d'autant plus nécessaire que les malades, imbues des idées régnantes touchant les ulcérations, craignent toujours que les vésicatoires ne leur en occasionnent qui aggraveraient leur état, ou dont la cicatrisation se ferait attendre; et que la médecine a à lutter ici contre des préjugés que les médecins eux-mêmes ont contribué à propager. Heureusement que ces applications sont d'une simplicité assez grande pour pouvoir être cachées sous le nom d'un pansement, et dissimulées par conséquent à la pusillanimité des malades et des personnes qui les entourent.

De même que les vésicatoires appliqués à l'extérieur exercent sur les organes sous-jacents, lorsqu'ils sont le siége de dépôts plastiques infiltrés ou épanchés, une action résolutive des plus efficaces, le vésicatoire, appliqué sur le col, résout lui aussi les engorgements, ou, pour me servir d'une expression qui n'effarouchera personne, les hypertrophies du col et du corps de l'utérus consécutives à un travail d'irritation ou d'inflammation d'origine ancienne; et de même que les vésicatoires ont d'autant plus d'efficacité à l'extérieur qu'ils sont mis en rapport avec des parties dans lesquelles le travail d'irritation ou d'inflammation, sans être aigu, n'est cependant pas assoupi complétement et n'a pas abouti à la transformation des produits morbides et à une assimilation de ces produits conciliable avec l'accomplissement des fonctions de l'organe, de même les vésicatoires sur le col ont une action résolutive d'autant plus efficace que la maladie est relativement moins ancienne, et que l'aspect de l'organe comme l'appareil symptomatique trahissent un certain degré de réaction possible par le fait d'un excitant. Sous l'influence des applications répétées et multipliées de ces vésicatoires, le col et le corps de l'utérus diminuent de volume, et quelques faits recueillis

par moi dans ces derniers temps me portent à croire qu'on peut avec leur aide faire tomber l'irritation entretenue vers l'utérus par des tumeurs phlegmoneuses ou autres d'origine ancienne. Autant et plus ici que dans le cas de douleurs, le médecin doit apporter de la persévérance dans l'emploi de ce moyen d'ailleurs très-simple, peu douloureux par lui-même, et certainement sans aucun danger.

Les vésicatoires sont encore susceptibles par leur action topique de modifier favorablement certaines surfaces enflammées chroniquement. Les maladies de la peau en offrent des exemples très-remarquables. Ce qui est vrai pour les maladies de la peau est vrai également pour certaines lésions de l'utérus, qui sont en définitive des maladies de la peau de l'organe, je veux parler des exulcérations superficielles, des véritables ulcérations à bord frangé et irrégulier, à fond un peu déprimé, des granulations qui rappellent à beaucoup d'égards celle de la conjonctive enflammée. A ces espèces d'ulcérations, granulations, etc., le vésicatoire sur le col imprime une activité salutaire, qui s'étend du reste à la partie de l'organe qui les supporte, et après quelques applications, la cicatrisation, qui semblait reculer de jour en jour devant les moyens employés, commence graduellement; quelques pansements avec un peu d'alun et d'amidon amènent alors, en deux, trois, quatre jours, une cicatrisation qu'on n'osait plus espérer. *(La fin au prochain numéro.)*

(La fin au prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du bittéra, nouveau médicament fébrifuge proposé aux Antilles françaises, comme succédané du quinquina.

Par le docteur J. Delioux, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

I. *Historique.* — Par une dépêche en date du 11 janvier 1855, S. E. M. le ministre de la marine prescrivit d'instituer dans les hôpitaux maritimes des expériences comparatives sur un nouveau médicament fébrifuge proposé par M. Amic, premier médecin en chef à la Martinique. A cette dépêche était jointe la copie de trois documents, premières bases de l'histoire de cette substance médicinale, désignée sous le nom de *bittéra*.

Ces documents sont :

1° Un mémoire de M. Amic, en collaboration avec M. Chapuis, chirurgien de première classe à la Martinique, dans lequel sont étudiées, avec observations chimiques à l'appui, les propriétés thérapeutiques des préparations de bittéra;

2° Un mémoire de M. Girardias, pharmacien de la marine à la

Martinique, sur l'extraction du principe immédiat auquel le bittéra devrait son efficacité thérapeutique, et sur les propriétés physiques et chimiques de ce principe;

3° Une note de M. Ch. Belanger, directeur du Jardin des Plantes à Saint-Pierre-Martinique, sur la détermination des caractères botaniques du végétal qui fournit le nouveau fébrifuge.

Notre honorable collègue, M. Amic, aidé dans ses recherches par M. le docteur Chapuis, se préoccupait avec raison de l'importance qui s'attacherait à la découverte d'un succédané du quinquina, doué de propriétés réelles, incontestables; la provenance lointaine du quinquina, la négligence, l'incurie apportées dans sa culture et dans sa récolte, sa rareté chaque jour plus grande dans le commerce, l'élévation progressive du prix de vente de ses produits, les falsifications audacieuses dont ils sont l'objet, sont autant de faits graves aussi dignes d'exciter la sollicitude de l'autorité que celle des médecins. Mais ces faits, malheureusement avérés, nous conduisent-ils, par une fatalité que l'on ne puisse conjurer, à chercher partout ailleurs qu'au Pérou une substance comparable à sa précieuse écorce? Nous ne le pensons pas, et nous croyons, au contraire, que le remède aux inconvénients qui viennent d'être signalés est tout entier dans une réforme urgente de la culture des cinchomes; question que nous indiquons ici, pour la reprendre ultérieurement.

Tel n'est point l'avis de quelques ardents investigateurs, qui croient à la possibilité de découvrir un succédané capable d'entrer en partage avec le quinquina dans la thérapeutique des fièvres paludéennes. Jusqu'ici, il faut en convenir, les efforts n'ont pas été heureux; nulle de ces panacées nouvelles venues, que l'illusion, l'intérêt ou la mode ont fait flotter dans l'opinion, n'a pu conquérir la confiance des fiévreux de marais; car qu'importe à la solution du problème la guérison facile de quelques fièvres éphémères sans origine miasmatique! Nous comprenons donc que, peu confiants dans les fébrifuges insuffisants qui ont été préconisés dans ces dernières années, MM. Amic et Chapuis se soient mis laborieusement à la recherche d'un fébrifuge plus digne de ce titre. Seulement, qu'ils nous permettent de le dire incidemment, nous croyons qu'ils sont trop sévères en laissant tomber l'arsenic dans le groupe des succédanés en discrédit; il a des qualités, dans l'espèce, s'il a des inconvénients majeurs, et il restera toujours tout près du quinquina, mais après lui, l'un des plus sérieux agents de la médication antipériodique.

L'empirisme populaire a si souvent fourni des indications utiles à la thérapeutique médicale, qu'il ne faut pas s'étonner que le bittéra ait été relevé de la pratique des bonnes gens de l'une des petites Antilles pour monter aux honneurs de l'expérimentation dans un grand hôpital. Il y avait donc dans l'île de Saint-Martin un arbre ignoré qui jouissait près des créoles de cette colonie mi-partie française et hollandaise d'une antique renommée dans la cure des fièvres d'accès du pays; il y était connu sous le nom de *bois amer de Saint-Martin*. M. le docteur Cornuel, anciennement premier médecin en chef à la Guadeloupe, et l'un des praticiens les plus distingués qui aient honoré la médecine française dans les Antilles, appréciait les propriétés toniques du *bois de Saint-Martin*, et le faisait entrer dans la confection des vins amers qu'il donnait aux convalescents de fièvres intermittentes. MM. Amic et Chapuis employèrent d'abord ce bois empiriquement, à la façon des créoles, c'est-à-dire simplement macéré dans l'eau ou dans le vin blanc. Lorsque les résultats avantageux de cette substance eurent été constatés dans de nombreuses expériences, elle dut être soumise à diverses manipulations chimiques et pharmaceutiques, qui permirent d'en rendre l'emploi plus commode, plus régulier et plus rationnel.

II. *Caractères botaniques.* — Nous reproduisons ici la note de M. Belanger sur les caractères botaniques du bittéra, qui paraît n'avoir jamais été décrit.

Genre. — *Bittera* (nobis). Flores hermaphroditi; calyx 4-dentatus, puberulus, persistens. — Petala 4-hypogyna, obovota, subciliata, sepatis calycis alterna.—Antheræ globosæ, bilocularis petalis exsertæ. — Ovarium stylo incrassato ovoïdes prominente insidens, 2-loculare aut abortu 1.—Stigmata 2 brevissima recurvata; drupa nucleo 1-spermo.—Arbor Caribæa mediocriter resinosa. Ligno amaro, foliis impari pinnatis, foliolis petiolatis; floribus parvulis viridis subcorymbosis axillaribus.

Ce genre appartient à la famille des térébinthacées et se rapproche du groupe des amyridées et du genre amyridis, dont il diffère par le nombre de ses étamines à anthères dépassant les pétales; par le nombre et la forme des stigmates et par la conformation du torus. Nous lui avons donné le nom de *bittera* pour rappeler la qualité amère à laquelle il doit le nom vulgaire anglais de *bitter ash*.

Espèce : *Bittera febrifuga* (nobis). Foliolis 2-6 jugis pellucidis petiolulatis terminali longi petiolato; pedicelli et petioli puberuli.

Le *bittera febrifuga* est un arbre haut de 8 à 9 mètres, divisé en rameaux nombreux, alternes comme les feuilles; celles-ci, d'un beau

vert luisant, sont pinnées avec impaire, et composées de 5 à 13 folioles faiblement pétiolées, à l'exception de la terminale dont le pétiole est quatre fois plus long. Les fleurs sont axillaires, disposées presque en corymbe; les pédoncules sont dichotomes, et les pédicelles, comme les pétioles, chargés d'un duvet brunâtre. Les pédicelles sont uniflores, les fleurs petites et verdâtres ; les fruits, portés sur un disque ovoïde, sont des baies uniloculaires renfermant un noyau osseux à une seule graine.

Le *bittera febrifuga* est connu à Saint-Martin sous le nom vulgaire anglais de *bitter ash* ou frêne amer. En effet, la couleur extérieure de son bois et de son feuillage a quelques rapports avec le frêne. Le *bittera febrifuga* croît dans les parties élevées de l'île Saint-Martin, à environ 250 à 300 mètres au-dessus du niveau de la mer. Il se plaît dans le voisinage des rochers élevés, qui l'abritent, et au milieu d'arbustes qui maintiennent autour de ses racines une fraîcheur salutaire.

III. *Chimie.* — Le mémoire de M. Girardias, qu'il serait à désirer de voir publier, nous fournit les renseignements suivants sur les caractères physiques, chimiques et pharmaceutiques des préparations du bittéra.

Le bois de cet arbre, recouvert d'une écorce peu épaisse, grise et fendillée, est assez léger, blanc, avec quelques veines d'un jaune clair. Le bois et l'écorce possèdent une saveur amère, forte et franche, très-persistante.

L'analyse chimique décèle dans le bois de Saint-Martin : du ligneux, des matières gommeuses et extractives, du sulfate de chaux, un sel de potasse, un acide indéterminé, un principe amer cristallin, et un principe amer résinoïde.

C'est à ces deux derniers principes que paraissent dues les propriétés fébrifuges du bittéra.

M. Girardias, en opérant de la manière prescrite pour la recherche des alcalis organiques, n'est point arrivé à découvrir dans le bittéra un alcaloïde, comme il en existe dans plusieurs végétaux qui doivent à ce genre de composés leurs propriétés les plus actives. Il dut alors poursuivre ses études en recherchant un principe neutre, et il est arrivé à des résultats concluants que nous allons faire connaître ainsi que les procédés qu'il a suivis ; nous ne décrirons ces procédés que très-succinctement.

On traite le bois, très-divisé, à l'aide du rabot, avec quarante-cinq fois environ son poids d'eau, portant à l'ébullition, remplaçant par de nouveau liquide celui qui se dégage en vapeurs. La décoction est

arrêtée lorsque le bois a perdu toute son amertume. On a obtenu ainsi un liquide très-amer, limpide, à peine coloré, ne présentant aucune réaction au papier de tournesol ; en concentrant la liqueur, de manière à la réduire environ au trentième de son volume, elle devient un peu trouble, se colore assez fortement en brun, et présente une réaction légèrement acide au papier de tournesol. Alors, on traite cette liqueur concentrée par le sous-acétate de plomb liquide, qui détermine la formation d'un précipité abondant de couleur grisâtre. Quand une nouvelle addition du réactif plombique n'occasionne plus aucun trouble, on sépare le liquide et on le traite par l'acide sulfurique étendu qui précipite le plomb en excès à l'état de sulfate. On filtre, on évapore et, au bout d'un certain temps, il se forme à la surface de la liqueur de légères pellicules cristallines qui, par l'agitation, gagnent le fond du vase. Lorsque ces pellicules cessent de se former, on sépare par une dernière filtration celles qui s'étaient accumulées au fond du liquide; on les lave avec un peu d'eau et on les fait sécher.

Ces pellicules cristallines constituent le *principe amer cristallin.*

On reprend le liquide séparé du principe amer et on le soumet de nouveau à l'évaporation. Il se forme d'abord un dépôt grisâtre de sulfate de chaux. Plus tard, à la surface du liquide réduit à un très-petit volume et fortement coloré, se présentent des gouttelettes huileuses ; celles-ci se réunissent peu à peu et forment une couche mince qui se solidifie par le refroidissement et peut être facilement séparée du liquide. On obtient ainsi une substance brune, d'apparence résineuse, d'une saveur très-amère.

C'est le *principe amer résineux* ou *résinoïde* ; on le trouve dans le bois de bittéra, en proportions variables, mais toujours plus faibles que le principe amer et cristallin.

Le principe amer cristallin ne se trouve pas dans l'écorce. La recherche d'un alcaloïde y a été également infructueuse.

La quantité moyenne de principe amer cristallin obtenue par M. Girardin a été de 2,50 pour 1,000 gr. de bois ; dans quelques opérations, le rendement s'est élevé jusqu'à 4 grammes, ce qui a été attribué à l'âge plus ou moins avancé des couches de bois sur lesquelles a porté l'expérience. Ces résultats ne sont pas assez satisfaisants, et M. Girardias s'empresse de le reconnaître lui-même ; un rendement aussi exigu serait peu encourageant, maintiendrait le produit à un prix élevé, et nuirait beaucoup à l'extension dans la pratique médicale de ces produits immédiats du bittéra, auxquelles cependant nos confrères des Antilles attribuent des propriétés théra-

peutiques très-caractérisées. Il est donc vivement à souhaiter que l'on puisse en modifier avantageusement les procédés d'extraction et nous aimons à espérer que personne n'y parviendra avec plus de bonheur que le chimiste de talent qui a été le premier à faire du bittéra l'objet de ses recherches et de ses études.

Le principe amer cristallin, obtenu comme on l'a dit plus haut, n'est pas pur ; il contient un peu de sulfate de chaux, de la matière colorante et un peu de substance résineuse. Pour le purifier, il faut d'abord le dissoudre à froid dans l'alcool, qui en sépare le sulfate de chaux. Après avoir filtré, on ajoute à la solution alcoolique, à peu près saturée à froid, son volume d'eau, et on fait digérer avec du noir animal lavé ; au bout de peu de temps, la décoloration est complète, il ne s'agit plus que de filtrer et d'évaporer la liqueur jusqu'à ce qu'elle soit assez concentrée pour se prendre en masse par le refroidissement. Il suffit alors, si les cristaux ne sont pas d'une blancheur parfaite, d'arroser la masse cristalline avec un peu d'eau froide, qui enlève les dernières traces de matière colorante.

Ainsi obtenue, cette substance se présente sous formes de paillettes blanches, micacées, sans odeur, et d'une amertume excessive. Elle est très-peu soluble dans l'eau à froid, beaucoup plus à chaud ; mais même à froid l'eau en dissout assez pour contracter une amertume très-forte. Nous avons pu estimer approximativement, dit M. Girardias, que ce nouveau corps est vingt fois plus amer que le sulfate de quinine, c'est-à-dire qu'il en faut vingt fois moins pour communiquer la même amertume à la même quantité de liquide. Ce principe se dissout facilement dans l'alcool à froid ; il ne se dissout pas dans l'éther.

M. Girardias propose de nommer ce nouveau principe organique neutre bittérin. M. le docteur Amic le désigne communément sous le nom de bittérine, lequel paraît avoir prévalu dans la pratique coloniale.

Nous ne relaterons pas davantage les caractères chimiques de la bittérine, que M. Girardias a si bien étudiée. A lui seul revient l'honneur de nous la faire connaître en détail par la publication de ses travaux à son sujet.

Nous nous abstiendrons pour le même motif de décrire longuement le principe résinoïde : qu'il nous suffise de dire que sa nature a été moins bien déterminée ; qu'elle présente un aspect résineux, une couleur brune, une cassure brillante ; qu'elle est inodore ; que sa saveur amère, plus lente à se développer que celle de la bittérine, est de même qualité, aussi forte et aussi persistante ; très-peu so-

uble dans l'eau froide, elle lui donne pourtant une légère couleur jaune et une saveur amère très-marquée; elle est très-peu soluble dans l'éther ; l'alcool la dissout facilement.

IV. *Préparations pharmaceutiques.* — Les préparations de bittéra qui ont été employées sont :

1° Le bois, en copeaux ou en poudre, macéré dans l'eau, la bière, le vin ; la préparation a une excessive amertume, qui peut répugner à beaucoup de malades. On peut dérober la saveur de la poudre en l'administrant par petites portions, enveloppée de pain à chanter.

2° L'extrait; après avoir fait diviser le bois à l'aide du rabot, on lui fait subir une décoction dans l'eau, jusqu'à ce qu'il ait perdu toute son amertume, et l'on évapore la décoction de manière à en obtenir un extrait mou; 1,000 grammes de bois fournissent 40 grammes d'extrait. Cet extrait est brun; il attire légèrement l'humidité de l'air; il est soluble presque en totalité dans l'eau froide, qui ne laisse indissoute qu'une faible quantité d'une substance d'apparence résineuse, soluble dans l'alcool et d'une grande amertume. L'extrait traité par l'alcool n'abandonne à ce véhicule que les deux tiers de sa substance, en lui communiquant une très-forte amertume; l'autre tiers, d'apparence gommeuse, insoluble dans l'alcool, est soluble dans l'eau et est entièrement privé de saveur amère (Girardias.)

3° La bittérine.

L'extrait et la bittérine se prêtent parfaitement à la forme pilulaire. Il est bon de recouvrir les pilules d'un vernis au baume de Tolu; cette précaution empêche de percevoir la saveur amère du médicament.

4° Un alcoolé, que l'on peut préparer soit avec le bois, soit avec l'extrait.

5° Une solution hydro-alcoolique de bittérine; on la prépare en dissolvant d'abord la bittérine dans l'alcool en quantité suffisante pour tout dissoudre, et ajoutant la quantité d'eau que l'on juge convenable.

Nous donnons, telles que nous avons pu les recueillir, ces indications sommaires sur ces deux dernières préparations (4°, 5°), employées dans les hôpitaux des Antilles. Si l'on veut les inscrire dans la pharmacologie, il faut préciser la proportion de leurs éléments et les combiner d'une manière rationnelle.

(*La suite au prochain numéro.*)

Nouvelles remarques sur le chloroforme gélatinisé.

Nous trouvons dans un journal espagnol, *la Chronica de los hospitales*, des détails sur la gélatinisation du chloroforme, qui confirment de tout point ce qui avait été annoncé par M. Ruspini, de Turin, et cela sans que l'auteur, M. Aldir y Fernandez, ait eu certainement connaissance des expériences du pharmacien italien. M. Aldir a même ajouté à ce qui avait été dit primitivement par M. Ruspini, en ce qu'il a signalé la facilité avec laquelle on obtient ce produit en plaçant le flacon qui contient les deux corps dans un bain-marie à 50 ou 60°. Comme M. Ruspini, M. Aldir indique la proportion de parties égales de chloroforme et d'albumine, comme les plus favorables à la gélatinisation ; mais, de plus, il ajoute que tous les éthers, et en particulier l'éther acétique, sont susceptibles d'être gélatinisés ainsi ; il ajoute enfin que le chloroforme gélatinisé se conserve beaucoup mieux que l'éther gélatinisé.

Les faits rapportés par M. Aldir ne sont malheureusement pas assez nombreux pour qu'on puisse considérer ce mode d'emploi du chloroforme comme égal, et encore moins comme supérieur, au mode ordinaire. Nous savons de plus que l'éther gélatinisé n'a pas répondu toujours à l'attente de ceux qui en ont fait usage, et nous craignons bien qu'il n'en soit de même du chloroforme. Nous devons dire cependant que dans les quelques cas de rhumatisme musculaire non fébrile dans lesquels M. Espina en a fait usage, il y a eu assez rapidement amélioration ; mais cette amélioration a peut-être été un peu plus lente que dans le traitement par le chloroforme liquide ou par la pommade au chloroforme. C'est, du reste, à l'expérience à prononcer en dernier ressort.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur la ponction de la vessie par l'hypogastre à l'aide du trocart explorateur.

La ponction de la vessie, pratiquée par les procédés généralement reçus dans la science, n'est certainement pas aussi redoutable qu'on le supposait autrefois. Les cas de succès, sans infiltration d'urine, sont nombreux, et cette opération ne mérite pas la réprobation dont l'ont frappée quelques chirurgiens recommandables. Cependant l'infiltration d'urine est à craindre, et les dangers de cet accident ont relégué la ponction dans des cas *in extremis*, et ne permettent de la pratiquer que lorsque des manœuvres, toujours

horriblement douloureuses, quelquefois dangereuses au premier chef, ont été tentées sans succès.

Je ne rappellerai que pour mémoire, et sans être tenté de les discuter, les opérations de divers genres proposées pour les rétentions complètes d'urine : les injections forcées, le cathétérisme forcé, la boutonnière, etc. Ces manœuvres, applicables en théorie, rencontrent quelquefois dans la pratique des difficultés insurmontables. Leur plus grand inconvénient, en mettant à part leur danger, est, selon moi, d'aggraver toujours la maladie locale pour les conséquences de laquelle on les emploie; aussi, lorsqu'on se décide à ponctionner la vessie, le malade a-t-il passé le plus souvent à travers d'horribles souffrances; il est quelquefois en proie à des accidents traumatiques fort dangereux; l'inflammation, propagée au réservoir de l'urine, en a changé les conditions normales, et lorsqu'après un soulagement momentané par la ponction, on revient à l'urètre, les difficultés sont toujours plus grandes qu'auparavant.

Cependant les causes qui rendent quelquefois complète une rétention d'urine qui ne l'était pas ont besoin d'un traitement sans violence : bien souvent le repos, de fortes saignées, des bains prolongés, tous les moyens, en un mot, qui sont appelés à produire une grande détente, amènent la cessation de cet état. Tout est ici une question de temps. Je ne crois pas qu'il existe d'obstacle absolument infranchissable du canal de l'urètre; il ne l'est que momentanément, et c'est pour soulager le malade, qui ne peut pas attendre l'heure de la détente, qu'il faut songer à évacuer l'urine par une voie artificielle.

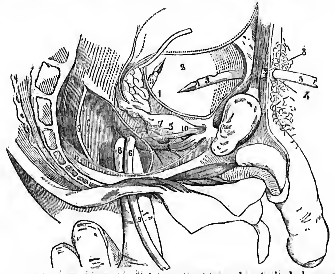
La ponction de la vessie est, selon moi, pratiquée généralement beaucoup trop tard, et si l'on trouvait un moyen sûr d'éviter toute infiltration d'urine immédiate ou consécutive à l'opération, on rendrait certainement un grand service aux malades, tout en simplifiant singulièrement la thérapeutique chirurgicale des voies urinaires.

Je crois avoir trouvé dans une idée fort simple la solution du problème.

Si, au lieu de se servir du trocart ordinaire ou du trocart courbe du frère Côme, en un mot d'un instrument de cette dimension, on employait un trocart droit, d'une dimension assez petite pour que son retrait ne laissât pas suinter la moindre goutte d'urine, n'y aurait-il pas possibilité de recourir à la ponction toutes les fois que l'indication s'en représenterait chez le même individu, en abandonnant de prime abord toutes manœuvres sur les voies normales de l'urine, ce qui permettrait au temps, à la nature et au traitement de les ramener à un état plus abordable?

La théorie s'est trouvée pour moi d'accord avec la pratique, et je dois vous soumettre les résultats de mes investigations.

Sur un cadavre d'adulte, après avoir préalablement injecté dans la vessie une certaine quantité d'urine, j'ai enlevé d'un côté des parois abdominales une portion qui me permit de suivre l'action de la pointe de mon trocart. J'ai pratiqué la ponction hypogastrique, à deux centimètres et demi au-dessus du pubis, sur la ligne médiane, deux fois avec le trocart droit ordinaire, trois fois avec le trocart



courbe du frère Côme (3). J'ai constamment vu le retrait de la canule suivi d'un petit jet d'urine, qui faisait place à une filtration goutte à goutte. J'ai ponctionné les mêmes organes avec le trocart explorateur ordinaire. Je n'ai jamais vu le moindre suintement, et lors même que j'ai fortement comprimé la vessie avec la main, je n'ai jamais obtenu la moindre goutte de liquide. Si un semblable résultat a lieu sur le cadavre avec une vessie privée de sa contractilité, que serait-ce chez un individu vivant ! Le trocart explorateur, par ses dimensions, ne déchire, ne rompt aucune fibre ; il se glisse dans les interstices du tissu et ne laisse aucune trace après lui.

Une difficulté se présentait : la résistance de la peau, des tissus sous-cutanés, et surtout de la ligne blanche, occasionnaient la courbure du trocart. Il m'a fallu chaque fois piquer préalablement avec une aiguille à cataracte, que j'introduisis dans toute sa longueur. Le trocart, enfoncé dans cette minime ouverture, conserva sa rectitude.

L'occasion s'est bientôt présentée à moi de mettre à exécution le plan que j'avais conçu. Voici mon observation la plus importante, qui résume dans ses détails toutes mes idées sur cette matière.

Obs. — Le nommé Étienne Fabre, de Béziers, cultivateur, âgé de cinquante ans, demeurant rue Courte, nº 4, est atteint depuis longtemps d'un rétrécissement du canal de l'urètre qui lui occasionne une difficulté constante dans l'émission des urines, mais ne va pas au point de lui faire sentir la nécessité d'un traitement. Au mois d'avril 1853, cet homme, en revenant du travail, fut pris tout à coup d'un frisson, et quand il voulut uriner, il lui fut impossible de rendre la moindre goutte de liquide.

Pendant la nuit, la vessie se dilata outre mesure. Il prit inutilement un bain entier; on fit en vain une forte application de sangsues au périnée, et l'homme de l'art qui, le lendemain matin, fut appelé auprès de lui, ne put jamais pénétrer dans la vessie; il ne réussit, après des manœuvres prolongées, qu'à opérer une fausse route.

Appelé auprès de ce malade, je le trouvai dans un état d'anxiété difficile à décrire; il souffrait horriblement, la vessie faisait saillie jusqu'à l'ombilic. On me raconta les manœuvres infructueuses de mon confrère. Je crus être plus heureux que lui; mais je reconnus bientôt que le bec de ma sonde s'engageait dans un chemin vicieux, que les parties étaient devenues si peu résistantes que le moindre effort m'exposait à faire une nouvelle fausse route; d'ailleurs, la sensibilité du malade était devenue si exagérée qu'après le retrait de ma sonde il me déclara qu'il préférait mourir que de se la laisser introduire de nouveau. Alors je me décidai à ponctionner la vessie.

MM. les docteurs Sabatier et Thomas, appelés en consultation, partagèrent mon avis.

Après avoir préalablement, comme je l'ai dit, introduit une aiguille à cataracte dans la ligne blanche, j'enfonçai dans l'ouverture un trocart explorateur, qui me donna par sa canule, un peu plus que capillaire, un jet d'urine filiforme. Le malade se leva, s'appuya sur le bord de son lit, les cuisses en arrière, la tête et les bras reposant sur un traversin, et, dans cette position, rendit environ un litre et demi d'urine, sans aucune interruption. Quand je m'aperçus que la pression seule de la main faisait couler l'urine et que le malade m'eut accusé un soulagement marqué, je retirai ma canule et j'ordonnai un bain général, des frictions belladonées sur le périnée, et un large cataplasme émollient.

Mon malade dormit parfaitement pendant la nuit; il avait voulu manger au repas du soir, il était allé du ventre.

Le lendemain, à ma visite, il avait tenté mais en vain d'uriner. Je lui recommandai de ne pas faire d'efforts de ce genre. Le ventre était souple et parfaitement indolent.

Dans la soirée de ce jour, vingt-quatre heures environ après la première ponction, je constatai de nouveau la saillie de la vessie à l'hypogastre. Deuxième ponction, qui ne fut pas suivie de plus d'accidents que la première. Le lendemain, à la même heure, je pratiquai une troisième ponction, qui fut suivie d'une quatrième, vingt-quatre heures après, et ce fut seulement pendant la nuit qui suivit cette quatrième opération que le malade rendit par le canal quelques gouttes d'urine; c'était un commencement de retour à l'état normal, qui ne tarda pas à se rétablir, sans me forcer à intervenir par le cathétérisme.

Depuis ce jour, j'ai rencontré trois ou quatre occasions de mettre mon procédé en pratique. J'en ai toujours retiré un avantage absolu.

Chez un vieillard qui était atteint d'une déviation de la prostate, et chez lequel je suis obligé de temps en temps de recourir au cathétérisme, je fus un jour fort étonné, après avoir introduit ma sonde dans la vessie, de ne pas voir s'écouler une seule goutte d'urine. J'étais cependant dans la cavité de l'organe; la direction de ma sonde, sa mobilité, ne me laissaient aucun doute à ce sujet. Après avoir retiré ma sonde, j'en ai extrait par les yeux deux longs caillots de fibrine qui remplissaient complétement le calibre de l'algalie. Après nouvelle introduction, nouvel accident du même genre. Je n'avais à ma disposition que la sonde dont je me servais. En vain je soufflai dedans, en vain je fis des injections avec ma seringue, il me fut impossible d'arriver à mon but. Le malade souffrait néanmoins extraordinairement, la vessie montait jusqu'à l'ombilic. Je ponctionnai la vessie, je donnai un bain, une potion avec l'ergotine, je fis des applications froides sur l'hypogastre, et le lendemain mon malade pissa comme d'habitude.

Le procédé que je propose constitue, je crois, une modification bien importante au procédé de ponction hypogastrique ordinaire; il en diffère par deux points essentiels, le calibre du trocart et le conseil que je donne de retirer la canule immédiatement.

Le séjour prolongé d'une canule dans la vessie a souvent déterminé la cystite. On a vu des cas de filtration d'urine en dehors de cet instrument, et quand les accidents inflammatoires sont arrivés, sa présence ne fait que les augmenter; alors surtout son ablation fournit un nouvel élément au mal, en laissant infailliblement suin-

ter l'urine. Dans les cas ordinaires, il n'est d'ailleurs nullement prouvé que les tissus sont devenus ininfiltrables par un séjour plus ou moins prolongé de la canule.

Je ne vois à l'application de mon procédé qu'une seule objection : c'est qu'on pourrait supposer le cas dans lequel l'urine, devenue purulente, serait trop épaissie pour s'écouler librement à travers le calibre si petit de ma canule. A cela je réponds que les circonstances dans lesquelles je recommande la ponction ne m'exposeront pas à la pratiquer dans un état pathologique du réservoir urinaire lui-même, puisque je la propose antérieurement à toute manœuvre chirurgicale destinée au même but. Docteur Lacroix,

Médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Béziers.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nævus artériel de la région trochantérienne ; vaccination au pourtour de la tumeur ; guérison complète après un mois. — En insistant, à diverses reprises, sur les avantages que présente la méthode de la vaccination appliquée au traitement des tumeurs érectiles chez les jeunes enfants non vaccinés, nous avons fait remarquer que pour assurer autant que possible le succès de l'opération, elle doit être entourée de certaines précautions, relatives surtout au nombre des inoculations et au lieu sur lequel elles sont pratiquées. Ainsi le nombre des inoculations doit être subordonné à l'étendue du nævus, et, règle générale, on doit faire un nombre de piqûres assez grand pour qu'après le complet développement des pustules, elles arrivent à se toucher, à se confondre sur leurs bords. Ainsi il importe beaucoup de faire les inoculations vaccinales sur la tumeur érectile elle-même. Mais ce précepte peut-il être toujours suivi, et ne peut-il pas se trouver des cas dans lesquels la peau est tellement mince, qu'il serait bien difficile de pratiquer plusieurs inoculations sans l'entamer dans toute son épaisseur et sans entrer dans le tissu érectile? Le fait suivant, que nous empruntons à la pratique de M. Legendre, montre que, même dans les cas où les piqûres sont faites au pourtour de la tumeur, la guérison est possible. En agissant ainsi, on obtient une série de pustules qui, par leur développement moitié sur la peau saine et moitié sur le tissu érectile, et par leur élargissement en travers, forment un cercle qui environne le nævus vasculaire de toutes parts. Envahi successivement par l'élargissement graduel des pustules vaccinales, le tissu érectile se retirant de plus en plus s'enflamme, pour se convertir avec les pustules en une plaque

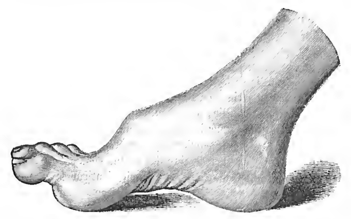
croûteuse sèche et noirâtre, qui, en se détachant, laisse une surface unie et complétement blanche.

L'enfant âgé de deux mois sur lequel M. Legendre a pratiqué cette petite opération portait à la fesse droite, depuis sa naissance, une petite tache érectile, saillante, un peu irrégulière, de l'étendue d'une très-petite lentille, qui avait pris peu à peu la forme d'un carré long, sinueux sur les bords, et qui offrait 12 millimètres en largeur et 7 en hauteur; lorsque l'enfant s'agitait, criait ou faisait des efforts, ce nævus présentait une couleur d'un rouge vif foncé, et en même temps il se gonflait, dépassant manifestement la peau de la surface environnante. Dans la crainte d'une hémorrhagie. M. Legendre fit, avec une lancette lancéolée très-étroite et très-acérée, qu'il chargea chaque fois d'un vaccin pris sur un enfant vacciné depuis sept jours; M. Legendre fit, disons-nous, sept inoculations, à 5 millimètres environ de distance les unes des autres; une huitième fut faite sur un réseau variqueux, situé derrière la tumeur, et une neuvième au bras droit, au lieu d'élection.

Pratiquée le 28 août, cette inoculation était déjà suivie, le 30, de l'apparition de petits points papuleux, qui se développèrent davantage les jours suivants. Le 3 septembre, les pustules étaient bien développées, touchaient latéralement et empiétaient sur la tumeur. Elles augmentèrent encore les jours suivants, en offrant tous les caractères de pustules vaccinales. Le 7, elles étaient en voie de dessiccation; celle-ci était complète le 9 septembre, et les pustules formaient une espèce de couronne sinueuse brunâtre, de 4 à 5 millimètres de largeur. Le 11, à la place se trouvaient le nævus et le cercle boutonneux desséché, il y avait une croûte sèche, noirâtre, festonnée sur les bords, commençant à se détacher. L'engorgement du tissu cellulaire avait beaucoup diminué, mais l'aréole entourait toujours la croûte. Le 16 octobre, la croûte était remplacée par une cicatrice légèrement déprimée, dont les bords festonnés étaient un peu plus rosés que la peau normale environnante, et dont le centre uni, très-blanc, était ponctué seulement d'une quinzaine de points rouges du volume d'une pointe d'aiguille, sans saillie aucune.

LUXATION DES TROIS PREMIERS MÉTATARSIENS EN BAS ET EN ARRIÈRE. — La rareté des cas de ce genre nous engage à publier le fait suivant, d'autant plus que nous pouvons mettre sous les yeux de nos lecteurs la gravure publiée par la Revue de Dublin, représentant la difformité qui en a été la conséquence. Cet accident est arrivé à un

dragon dont le cheval glissa sur du verglas, et dans sa chute lui prit le pied et la jambe droite entre son corps et le sol. On put constater aussitôt que le pied était fortement raccourci, courbé en dedans et fléchi, le tarse saillant et surplombant le métatarse, tandis qu'une seconde saillie osseuse était sentie obliquement à la plante du pied. Une tentative de réduction faite avec des moufles et aidée par la main des assistants n'eut aucun succès, bien qu'elle eût été continuée pendant une heure. Deux mois et demi après l'accident, le pied avait l'aspect représenté dans la gravure ci-jointe, aspect qui était un peu



celui d'un pied équin, considérablement raccourci et arqué vers son bord interne; l'extrémité digitale du premier métatarsien, celle de la première phalange du pouce, étaient portées dans l'adduction, tandis que la dernière phalange regardait en dehors. Pas de changement dans l'aspect du pied jusqu'à l'extrémité du premier cunéiforme, qui faisait une saillie au niveau de laquelle la peau était amincie, lisse et tendue; de ce point commençait un sillon établissant la distinction entre le tarse et le métatarse. Mesuré de l'extrémité du gros orteil au talon, le pied malade avait trois quarts de pouce de moins que le pied sain, et sa largeur était plus grande de trois quarts de pouce. Les tendons extenseurs du pied malade faisaient saillie sur le dos du pied. D'abord le malade ne pouvait poser le pied à terre que sur le talon, à cause des douleurs brûlantes et lancinantes qu'il éprouvait à la plante du pied, dès qu'il essayait d'appuyer sur les orteils. Six mois après, il marchait avec une canne, en appuyant sur le bord externe du pied comme dans le varus, sans quoi il éprouvait la douleur brûlante dont nous avons parlé. La déformation du pied était moins prononcée, les arêtes moins saillantes à la face dorsale et plantaire du pied. —

Que conclure de ce fait? Qu'il ne faut pas tenter la réduction dans les cas de ce genre? Loin de nous une pareille pensée. Il existe d'ailleurs des cas de réduction incontestables; mais ce qu'il faut savoir également, c'est qu'il ne faut pas s'entêter après des tentatives de réduction impossible, et que le malade finit par recouvrer la faculté de marcher après un certain temps.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Brome. *Son emploi dans les affections pseudo-membraneuses.* Le brome et ses préparations, malgré plusieurs tentatives réitérées à diverses époques, n'ont point encore acquis leur place définitive dans la thérapeutique, ou du moins leur usage ne s'est point encore généralisé. Peut-être cela tient aux difficultés de manipulation de cet agent ou à l'infidélité de son action. Quoi qu'il en soit, depuis quelque temps les préparations bromurées semblent attirer un peu plus qu'elles ne l'avaient fait jusqu'ici l'attention des praticiens. Il y a quelques années, M. Lunier signalait les bons effets de la médication bromo-iodurée dans la paralysie générale; voici venir aujourd'hui M. Ozanam, qui préconise le brome dans le traitement des affections pseudo-membraneuses. Le brome, suivant M. Ozanam, serait le remède spécifique des affections diphthéritiques, angines pseudo-membraneuses, croup, muguet. Les bromures alcalins et notamment le bromure de potassium posséderaient également cette propriété. Cette proposition est fondée sur la propriété que M. Ozanam dit avoir constatée dans le brome et ses préparations de fluidifier et de désagréger les fausses membranes, et sur les résultats de quelques observations cliniques.

M. Ozanam administre l'eau bromurée récemment préparée, à la dose de 5 à 50 centigrammes par jour, dans une potion de 150 grammes; c'est, suivant lui, la préparation la plus facile à administrer; elle doit être conservée à l'obscurité, pour éviter la formation de l'acide bromhydrique. Le bromure de potassium agit très-bien aux mêmes doses.

M. Ozanam a recueilli depuis six ans, dit-il, 14 observations toutes couronnées de succès, savoir: angines pseudo-membraneuses, 11, dont 2 compliquées de scarlatine grave et de gangrène des amygdales; croup, 2; muguet confluent, 1.

Tout en regrettant que M. Ozanam, en annonçant ces résultats, n'ait pas indiqué d'une manière plus claire et plus précise les doses auxquelles il a employé ce médicament, son mode de préparation et le *modus faciendi* général, nous n'en signalons pas moins avec satisfaction des faits qui nous paraissent de nature à encourager de nouvelles tentatives sur cette médication. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences.*)

Cataracte (*De l'emploi de la belladone dans la*). On connaît généralement la possibilité de faire servir l'emploi de la belladone au diagnostic de la cataracte, à la détermination de l'existence d'adhérences entre l'iris et la cristalloïde antérieure. C'est un fait également fort connu que les malades affectés de cataracte et surtout de cataracte dure ou centrale doivent aux instillations belladonées la faculté de voir de nouveau pendant un certain temps. D'un autre côté, tout le monde sait quels services la belladone rend tous les jours pour faciliter l'opération de la cataracte par extraction ou par abaissement, de même que pour prévenir et combattre les complications qui peuvent survenir après cette opération. Mais ce qu'on sait moins généralement, c'est l'utilité de la belladone dans le traitement médical de la cataracte. Il existe en effet dans la science des observations d'après lesquelles, sous l'influence de la belladone administrée comme moyen palliatif, la guérison ou du moins une amélioration très-remarquable s'est produite. M. le docteur Rouault rapporte, par exemple, le fait d'un homme de quarante-cinq ans, cataracté de l'œil droit depuis six mois, et dont l'œil gauche commençait aussi à se couvrir à la

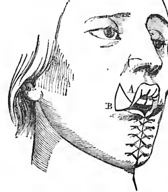
même époque. Bien que la cataracte fût très-avancée sur cet œil, et qu'elle fût très-apparente, le malade voyait encore assez pour se conduire. Instillation tous les matins, dans l'œil gauche, d'une solution concentrée de belladone. Le but que notre confrère se proposait était seulement de lui prolonger la vue le plus longtemps possible, en attendant une opération qu'il regardait comme inévitable. Un an après, le malade revint, et à son grand étonnement, M. Rouault reconnut que non-seulement sa cataracte n'avait pas fait de progrès, mais encore que l'opacité avait diminué d'une manière notable. Sa vue s'était tellement améliorée qu'il avait pu reprendre sa profession de meunier. Dans un second cas, chez un homme de soixante ans, chez lequel, à la suite d'une névralgie sus-orbitaire, il s'était développé une cataracte incomplète qui, en raison de sa nuance verdâtre et de la douleur névralgique concomitante, faisait soupçonner une affection glaucomateuse, la pupille restant encore libre et mobile, et le malade distinguant les objets d'une manière confuse, M. Rouault se borna à la pommade de belladone, avec laquelle on devait faire trois frictions par jour sur les parties douloureuses La névralgie fut peu modifiée; mais six semaines après l'état de la vue était bien meilleur, presque aussi bon que du côté sain, et l'opacité du cristallin avait presque entièrement d sparu. L'usage de la pommade fut continué, et on lui adjoignit le sulfate de quinine à haute dose.

M. Rouault résume ainsi les avantages de la belladone dans la cataracte : 1° elles peuvent être faites indifféremment sans inconvénient pour l'appareil optique ; 2° elles constituent un moyen tellement simple, que, une fois l'habitude contractée, le malade fait instinctivement, et sans y penser, cette petite opération; 3° dans certains cas, si elles sont faites régulièrement et avec persévérance, elles peuvent peut-être retarder ou même s'opposer au progrès ultérieur de la cataracte et dans des circonstances plus favorables encore, provoquer son absorption; 4° elles auront toujours pour résultat de prolonger la vue du malade et de lui procurer quelquefois assez de lumière pour le dispenser de l'opération ; 5° dans tous les cas, ces instillations sont toutes puissantes pour prévenir la formation d'adhérences entre la cristalloïde et l'iris, ou pour détruire celles-ci lorsqu'elles naissent déjà ; 6° enfin, employées ainsi longtemps avant l'opération elles ont encore pour effet de rendre celle-ci plus facile, plus prompte et le succès plus constant. (*Thèses de Paris*, 1856.)

Chéiloplastie. *Nouveau procédé par transport du bord libre de la lèvre saine sur la lèvre restaurée.* Après l'opération de la chéiloplastie, il existe une disproportion dans les dimensions des deux lèvres; la supérieure est trop large relativement à la congénère, et cette difformité persiste même plusieurs années après la guérison des opérés. Frappé de ces inconvénients, M. Sédillot a cherché à y remédier et pense y être parvenu par le nouveau procédé qu'il préconise. L'opération fut pratiquée le 30 novembre 1855, sur un malade âgé de soixante cinq ans, dont les trois quarts de la lèvre gauche étaient détruits par un cancer épithélial à marche aiguë, datant de six mois. « Tout le cancer, dit M. Sédillot, fut circonscrit entre deux incisions en V, continuées jusqu'au contour cervical du maxillaire. Les joues fendues horizontalement au niveau des commissures par une section plus prolongée à gauche que du côté droit, le bord libre de la lèvre supérieure , qui était très-large, fut détaché dans une longueur de 2 centimètres environ et renversée sur la surface des lambeaux destinés à reconstituer la lèvre inférieure. Celle-ci se trouvait ainsi doublée des deux côtés par le lambeau muqueux labial, et au milieu et un peu plus à droite par la petite portion de muqueuse conservée sur le quart droit de la lèvre inférieure restée intacte. Des épingles réunirent la portion dénudée de la lèvre supérieure tirée en arrière, à une portion de la zone horizontalement divisée et fortement tirée en avant, pour remplacer la lèvre enlevée. D'autres épingles maintinrent la réunion de la nouvelle lèvre sur le tissu médian et quelques sutures entrecoupées assujettirent la membrane muqueuse.» — Le malade sortit le 14 janvier, parfaitement guéri, l'ouverture buccale rétrécie, la lèvre régulière, doublée d'une membrane muqueuse, et l'alimentation étant facile, sans écoulement involontaire de la salive.

La figure ci-contre, que nous empruntons à un mémoire publié l'an dernier par M. Desgranges, montre que l'habile chirurgien de Lyon avait formulé déjà un procédé analogue. Du reste, nous nous proposons d'aborder prochaine-

ment l'étude des diverses questions pratiques que présente l'autoplastie fa-



ciale. (*Compte rendu de l'Académie des sciences.*)

Chlorate de potasse (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi du*) *dans la stomatite ulcéro-membraneuse.* Nous enregistrons toujours avec intérêt les documents nouveaux qui ont pour résultat de venir en aide à la démonstration de l'efficacité du chlorate de potasse dans les diverses applications que l'expérience a fournies jusqu'ici, principalement dans la stomatite ulcéro-membraneuse et dans la salivation mercurielle. M. le docteur Bergeron, qui a été chargé pendant quelque temps d'un service des fiévreux à l'hôpital militaire du Roule, a eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de ces stomatites chez les jeunes soldats de l'armée de Paris, et il en a profité pour examiner la valeur du chlorate dans cette affection. Cette valeur lui paraît très-grande, et rapprocher presque ce médicament des spécifiques ; mais son utilité serait plus grande encore pour l'armée, où la stomatite ulcéreuse est pour ainsi dire endémique. 1° En quelques heures, diminuer la douleur et modifier les deux phénomènes de la stomatite ulcéreuse que les malades supportent le plus difficilement peut-être, la salivation et la fétidité de l'haleine ; 2° abréger des 2/3 la durée du traitement, c'est-à-dire la durée du séjour à l'hôpital ; 3° dispenser même le soldat, dans beaucoup de cas, de ce séjour à l'hôpital, qui est toujours fâcheux pour lui en temps ordinaire, mais qui peut même lui devenir funeste en temps d'épidémie ; tels sont, dit M. Bergeron, les résultats que, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire plus, on est en droit d'attendre de l'emploi du chlorate de potasse appliqué au traitement de la stomatite ulcéreuse.

C'est à la dose de 4 grammes, comme l'avait fait M. Blache, que M. Bergeron a administré le chlorate de potasse dans une potion gommeuse simple ; mais M. Bergeron insiste avec raison sur cette particularité que le sel étant peu soluble dans l'eau, il se déposerait au fond de la fiole si on n'avait soin, lorsque le malade a pris à peu près la moitié de la potion, d'ajouter à ce qui reste une quantité d'eau équivalente. Pour éviter l'incommodité de cette pratique, M. Bergeron a fait préparer une solution qui contient 1 gramme de sel pour 20 grammes d'eau, de sorte que la préparation qui a été administrée aux malades se composait de :

Potion gommeuse simple.... 20 gram.
Solution de chlorate de potasse. 80 gram.

à prendre en quatre doses, à trois heures d'intervalle. — Mais la dose de 4 grammes de sel ou de 80 grammes de la solution n'est pas toujours suffisante ; c'est ainsi que chez deux malades atteints tous deux d'une stomatite ulcéreuse des parois, c'est-à-dire de la variété la moins rebelle d'ordinaire, le chlorate, après avoir produit dans l'espace de quarante-huit heures une amélioration des plus sensibles, est resté ensuite sans action sur la cicatrisation, et c'est seulement à partir du moment où la dose a été portée à 6 grammes que le travail de cicatrisation a repris ses allures traînantes, et s'est achevé après quelques jours. (*Journ. de méd. militaire*, 1856.)

Collodion. *Sur son emploi comme moyen de produire le renversement de la paupière dans les cas d'entropion.* Souvent chez les vieillards, à la suite de l'opération de la cataracte, lorsque surtout la peau est flasque, il se produit un enroulement de l'une et l'autre paupière, mais plus fréquemment de la paupière inférieure : les cils sont alors en contact avec la conjonctive et deviennent ainsi la source d'une ophthalmie, qui peut faire échouer l'opération. M. Stœber, après avoir eu recours sans succès, pour combattre cet accident, à l'usage des bandelettes de sparadrap ou de taffetas gommé, a eu l'idée ingénieuse de recourir aux propriétés rétractiles du collodion. A

l'aide d'un pinceau imbibé de cette préparation, il en applique une couche de 7 à 8 millimètres sur toute la longueur de la paupière, parallèlement au bord ciliaire ; le collodion, en se desséchant, revient sur lui-même et entraîne au dehors la paupière qui se renversait en dedans. Le professeur de Strasbourg cite à l'appui de l'utilité de cette pratique deux observations, dans lesquelles les phénomènes inflammatoires ne disparurent qu'après l'emploi du collodion sur la paupière enroulée. Du reste, l'idée de M. Stœber n'est que l'extension à un cas particulier de ce que MM. Deval et Cunier avaient déjà conseillé, soit pour guérir certains entropions, soit pour produire un ectropion artificiel dans le traitement du symblépharon. (*Gaz. méd.*, juillet.)

Farcin chronique *chez l'homme (Observation de) guéri par un traitement complexe.* Nous avons trop rarement l'occasion de signaler des cas de guérison de farcin chronique chez l'homme pour que nous ne nous empressions de faire connaître le fait suivant, que M. le docteur Cazin, de Boulogne-sur-Mer, a présenté récemment à la Société de médecine de Lyon. Il suffira d'exposer les moyens de traitement employés, tout l'intérêt du fait étant dans le succès de ces moyens.

Après avoir fait placer le malade dans une chambre spacieuse, M. Cazin prescrivit le traitement suivant :

1° Frictions sur tout le corps avec une flanelle imbibée d'eau de savon tiède et d'eau-de-vie camphrée à parties égales ;

2° Prendre chaque soir deux des pilules ainsi composées :

Aloès	4 grammes.
Sulfate de quinine	1,50 »
Extrait de jusquiame	1 »
Extrait de genièvre	Q. S.

M. F. pil. n° 30.

3° Une cuillerée à café le matin, à midi et le soir, de la solution suivante :

Iodure de potassium	12 grammes.
Eau distillée	180 »

4° Infusion de houblon mêlé avec un peu de vin de Bordeaux pour boisson.

5° Pansement de l'ulcère avec un plumasseau chargé d'onguent napolitain, et frictions journalières avec le même onguent sur toute la partie tuméfiée du pied ; lotions, à chaque pansement, avec de l'eau de javelle étendue dans l'eau tiède ;

6° Régime analeptique proportionné à l'appétit et aux forces digestives.

Hernie étranglée *réduite par l'emploi des réfrigérants et de la position déclive.* Quand il s'agit de réduire une hernie étranglée, ce n'est point à suivre au pied de la lettre telle règle ou tel procédé décrits dans les auteurs classiques qu'on doit s'attacher, mais à mettre à profit tous les moyens que la circonstance pourra suggérer, afin de surmonter l'obstacle à la réduction. C'est ainsi qu'on a obtenu des résultats heureux par les moyens en apparence les plus divers et souvent les plus simples. Ceux qui se sont peut-être le plus souvent présentés à l'esprit des praticiens sont l'usage des réfrigérants locaux et les diverses attitudes imprimées au corps du malade. Ceci nous rappelle l'histoire de ce chirurgien qui, après avoir tout employé, se trouvant à bout de moyens, prit son malade par les jambes qu'il passa par-dessus ses épaules, laissant pendre le corps le long de son dos, la tête en bas. Par le fait seul de cette attitude la hernie rentra. C'est en combinant ces deux moyens, l'emploi de l'eau froide et de la suspension en position déclive, que le chirurgien de l'hôpital militaire de Malines a obtenu récemment un succès qui mérite d'être rapporté. En voici les détails, que nous empruntons aux *Archives Belges de médecine militaire :*

Un sergent fut pris de vomissements opiniâtres et d'une constipation qui résista aux purgatifs. Il était atteint d'une hernie inguinale ancienne, de la grosseur du poing, mal contenue par le bandage.

On essaya un taxis prolongé. On pratiqua une saignée copieuse, on appliqua vingt sangsues sur l'anneau ; le malade prit un bain chaud, où il eut une syncope ; on lui fit prendre des lavements et on lui administra des purgatifs ; rien n'y fit. On lui appliqua ensuite de grandes ventouses sur l'abdomen ; enfin on usa d'un moyen énergique : on le suspendit par les pieds et on lui versa sur le bas-ventre une grande quantité d'eau froide, pendant qu'on pratiquait le taxis, et on réussit ainsi à réduire la hernie. On continua les applications froides durant toute la journée. On réitéra les lavements, et bientôt les matières fécales reprirent leur cours habituel.

Kyste *séreux du palais (Observation d'un) guéri par l'injection iodée.* Ce fait intéressant, dû à la pra-

tique de M. Saucerotte, a pour sujet une dame âgée de cinquante ans environ, et d'une bonne constitution. Le kyste, développé dans la région palatine, présentait le volume d'un demi-œuf de pigeon; il était situé sur la moitié droite de l'os palatin. Comme il existait une carie des deux incisives voisines, qui avait causé à la malade d'assez vives souffrances, on pouvait croire à l'existence d'un abcès, et on conseilla l'extraction des dents malades. L'opération n'ayant amené aucun changement dans la tumeur, M. Saucerotte demeura convaincu qu'il avait affaire à un kyste, et le ponctionna à l'aide d'un petit trocart. La sérosité écoulée, il procéda au lavage de la poche et il poussa une injection d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'eau additionnée d'iodure de potassium. Une partie s'écoula au dehors au bout de quelques minutes; le reste fut abandonné dans la cavité kystique. Les phénomènes consécutifs aux injections iodées eurent lieu, et six mois après, le maintien de la guérison était constaté par l'auteur. Une précaution à prendre dans les cas de ce genre, c'est de recouvrir la langue d'un linge et d'un tissu imperméable, pour éviter le contact inévitable et très-désagréable du liquide injecté par les papilles linguales. (*Gaz. méd.*, juillet.)

Pourriture d'hôpital (*Sur le traitement de la*). Les luttes meurtrières qui ont marqué l'expédition de Crimée et le siége de Sébastopol ont malheureusement trop souvent fourni à nos confrères de l'armée l'occasion d'observer les maladies qui sévissent au milieu de ces grandes accumulations d'hommes et dans des conditions hygiéniques généralement aussi défavorables; nous voulons parler du typhus, du scorbut et de la pourriture d'hôpital. Il est donc important de recueillir ce que l'expérience a fourni sous ce rapport aux chirurgiens de l'armée. En ce qui touche la pourriture d'hôpital, M. le docteur Lallour, sans exclure complètement les cautérisations avec les acides forts ou avec le fer rouge, pense cependant que ce qu'il faut faire surtout, c'est la section des fausses membranes des surfaces gangrénées, principalement dans la variété fongueuse hémorrhagique. Avec le ciseau courbe, aidé de la pince à dissection, dit M. Lallour, nous taillons largement dans tous ces foyers, sans produire trop de douleur. Après avoir enlevé avec le ciseau toutes les parties gangrénées que celui-ci pouvait atteindre, nous lavions toutes les pourritures avec le chlorure d'oxyde de sodium plus ou moins étendu, suivant le degré de l'altération, ou bien encore avec l'alcool camphré ou la solution d'arnica, et nous appliquions immédiatement le pansement. Pour cela, nous saupoudrions les surfaces malades avec une poudre très-fine de camphre, nous placions immédiatement une légère couche de cérat laudanisé pour empêcher l'oxygène de l'air d'irriter les bourgeons charnus, et par-dessus le tout nous appliquions de vastes plumasseaux de charpie, parfaitement recouverts eux-mêmes d'une nouvelle couche de cérat camphré laudanisé. Au bout de quatre à cinq jours de pansement, on voyait reparaître de magnifiques bourgeons charnus sur toute l'étendue des plaies, et la cicatrisation générale marchait rapidement. (*Thèses de Paris*, 1856.)

Tumeurs (*De la section mousse immédiate comme moyen d'ablation des*). L'étranglement sur place du pédicule des tumeurs est une méthode dont les avantages sont signalés dans ce journal par M. Rigal, de Gaillac (*Bull. de Thérap.*, t. XLIV, p. 16 et 202). Depuis, M. Chassaignac a élargi encore son emploi. M. Heurteloup vient à son tour fixer l'attention des chirurgiens sur cette méthode, qu'il désigne sous le nom de section mousse immédiate. Dans le mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine, ce chirurgien développe d'abord le mécanisme à l'aide duquel se trouve tranchée une partie du corps vivant, quand elle est fortement pressée entre deux pièces de métal dur, non tranchantes, affectant plus particulièrement la forme cylindrique et marchant parallèlement l'une vers l'autre. Cette section est d'autant plus prompte et plus nette que les cylindres sont plus parfaits, que leur parallélisme est plus régulier et que la force qui les pousse l'un vers l'autre est plus considérable.

Pour montrer l'action spéciale de son instrument, M. Heurteloup adosse deux morceaux de peau, et, les soumettant à la pression des deux cylindres s'avançant parallèlement, fait voir que, dès que les deux téguments sont pressés, leurs parties les plus molles sont chassées par la pression; la partie fibreuse reste, s'aplatit, se lamine, se réduit à une ténuité extrême, en

une sorte de parchemin, et enfin la partie laminée de l'une des peaux va se coller et presque se fondre et s'amalgamer avec l'autre partie de tégument, de manière à former entre ces deux peaux une suture assez résistante. C'est l action des corps non tranchants sur les tissus que l'auteur appelle *section mousse immédiate*. M. Heurteloup donne ensuite la description des différents instruments qu'il a fait confectionner pour pratiquer cette section linéaire. Dans un autre chapitre, il passe à la description de la section mousse circulaire,qu'il opère au moyen d'un fil de métal mu par un mécanisme assez puissant pour triompher de la résistance des chairs. Cette section s'applique principalement aux masses charnues plus volumineuses, dans lesquelles le fil métallique pénètre en étreignant les tissus et en les divisant par la traction préliminaire et ensuite par leur rupture après une certaine élongation, ce qui donne à ce genre de section mousse une grande analogie avec les plaies par arrachement.

M. Heurteloup énumère ainsi les avantages de la section mousse : 1° elle produit souvent la cicatrisation immédiate ; 2° elle ferme immédiatement les vaisseaux artériels et veineux, car elle n'est ordinairement suivie d'aucune hémorrhagie ; 3° elle ferme les vaisseaux lymphatiques, car après elle la suppuration est presque nulle ; 4° elle intercepte probablement cet *aura* sensitif, qui apparaît souvent dans le nerf après la section par la lame tranchante.

La partie la plus originale du travail de l'ingénieux chirurgien est la section linéaire ; nous attendrons la production des faits cliniques pour juger la facilité de sa mise en œuvre. (*Compte rendu de l'Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

Institution d'un concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire.

L'expérience de ces dernières années a prouvé que l'Ecole impériale de médecine militaire ne possédait pas, surtout en temps de guerre, d'éléments suffisants pour combler les vides produits dans les cadres du corps de santé de l'armée. Le décret suivant, rendu sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, vient charger la Faculté de Strasbourg de préparer des candidats pour ce corps, afin d'assurer pour l'avenir un recrutement régulier à la médecine militaire.

TITRE Ier. — Recrutement des élèves destinés au service de santé militaire.

Art. 1er. Il y aura tous les ans, à l'époque qui sera fixée par le ministre de la guerre, un concours pour l'admission aux emplois d'elève du service de santé militaire.

Art. 2. Les conditions d'admission à ce concours sont les suivantes :

Etre né ou naturalisé Français ;

Avoir moins de vingt-trois ans révolus au 1er janvier de l'année suivante ;

Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins ; elle pourra être vérifiée, au besoin, par l'inspecteur du service de santé qui présidera le concours d'admission ;

Etre pourvu du diplôme de bachelier ès sciences ;

Avoir huit inscriptions dans l'une des trois Facultés de médecine ou dans une Ecole préparatoire de médecine, et avoir subi, avec la note *satisfait*, les deux examens de fin d'année.

Le concours a pour objet les matières qui sont enseignées pendant les deux premières années de la scolarité médicale. Il se compose de trois épreuves :

d'une question écrite, d'une interrogation sur divers points de la science, et d'une épreuve pratique, le tout conformément à un programme publié à l'avance par le ministre de la guerre.

TITRE II. — ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE. — SECTION Ire. — *Cours.*

Art. 3. Les élèves admis par ordre de mérite et d'après la liste dressée par le jury susmentionné sont tenus de souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement de leurs études préparatoires et complémentaires, et sont alors commissionnés par le ministre de la guerre, en qualité d'élèves du service de santé militaire. Sur le vu de leur commission, ils sont inscrits au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Art. 4. Casernés à l'hôpital militaire de Strasbourg, ils suivent les cours de la Faculté de médecine de ladite ville.

Art. 5. Les cours obligatoires seront pour eux les suivants, conformément à l'arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 26 septembre 1857 : Les trois cliniques (médecine, chirurgie, accouchements) ; pathologie médicale ou chirurgicale ; matière médicale et thérapeutique ; médecine opératoire ; anatomie pathologique : cours d'accouchements ; médecine légale ; hygiène générale.

Art. 6. Les programmes de ces cours détermineront non-seulement l'ensemble et le cadre méthodique des matières à traiter dans les limites de chaque enseignement semestriel ou annuel, mais le nombre des leçons et les matières qui seront traitées dans chaque leçon.

Art. 7. Les programmes, rédigés par les professeurs et acceptés en assemblée de la Faculté, seront soumis par le ministre de l'instruction publique à une commission mixte composée de deux membres du conseil de santé désignés par le ministre de la guerre, du directeur de l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires, du doyen de la Faculté de médecine de Paris, du doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg et de l'inspecteur général de l'ordre de la médecine, président.

Le ministre de l'instruction publique, sur le rapport motivé de cette commission, arrête définitivement lesdits programmes, dont il sera remis des exemplaires au conseil de santé et à la direction de l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires.

En cas d'empêchement d'un professeur, il sera suppléé par un agrégé désigné d'avance pour chaque spécialité de l'enseignement médical ; le suppléant se conformera, comme le professeur, au programme officiel de chaque leçon.

Art. 8. Au terme de leurs études, les élèves militaires seront admis à subir les épreuves pour le doctorat ; à cet effet, ils pourront, dès le mois d'août, se présenter aux examens prescrits, et il leur est accordé un délai de cinq mois, depuis le 1er août jusqu'au 31 décembre, pour y satisfaire, ainsi que pour soutenir leur thèse, leur passage à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires devant s'effectuer du 10 au 20 janvier suivant.

SECTION II. — *Surveillance, direction et contrôle des études de la Faculté.*

Art. 9. Les élèves militaires étant casernés à l'hôpital militaire, le médecin chef dudit hôpital et le doyen de la Faculté de médecine régleront de concert les heures des cours, des conférences, répétitions et exercices pratiques.

Chaque professeur est tenu de faire l'appel à l'ouverture de son cours ; il con-

signe sur une feuille imprimée les noms des absents et les observations que peuvent lui suggérer la tenue et le degré d'attention des élèves militaires.

Ce rapport, conforme à un modèle convenu, est remis au doyen, qui, après avoir réuni les rapports des différents cours du même jour et en avoir pris note, les transmet au médecin de l'hôpital militaire, chargé de la surveillance générale et disciplinaire des élèves militaires.

Art. 10. Tous les cours sont l'objet d'interrogations et de conférences ou de répétitions partielles et générales. Ces exercices seront dirigés par les agrégés de la Faculté.

Le professeur de clinique médicale exercera lui-même les élèves militaires aux diverses méthodes d'exploration et à tous les détails du diagnostic.

Le professeur de clinique chirurgicale exercera les élèves militaires aux pansements, à la pratique des petites opérations, à l'application des appareils, à l'assistance dans les grandes opérations, etc.

Le professeur de clinique obstétricale s'appliquera à les familiariser avec les divers modes d'exploration, et les fera participer activement à la pratique des accouchements.

Dans les trois cliniques, les élèves militaires seront traités et utilisés sur le même pied que les internes. Dans chacune d'elles, un élève militaire, désigné par le concours, sera employé comme aide de clinique.

Art. 11. Chaque élève est interrogé une fois au moins tous les deux mois sur chacun des cours qu'il aura suivis. Les interrogations ont pour objet les matières enseignées dans les trois leçons précédentes du cours. Le résultat de chaque interrogation est exprimé par un chiffre (de 0 à 20).

Les feuilles de ces interrogations, portant l'indication sommaire des questions adressées à l'élève et le chiffre qu'il aura obtenu, sont remises au doyen, qui, après en avoir pris note, les transmet au médecin chef de l'hôpital militaire.

A la fin de la troisième année (première année de la scolarité militaire), les examens de fin d'année, combinés avec les interrogations individuelles, donnent lieu à un classement qui sera transmis par le doyen au médecin chef de l'hôpital militaire.

A la fin de l'année suivante, il sera fait également des examens généraux sur chacun des cours suivis pendant cette année. Les résultats en seront constatés comme il a été dit au paragraphe précédent.

Ne pourront être autorisés à doubler une année d'études, si ce n'est à leurs frais, que les élèves qui justifieront régulièrement avoir été empêchés par maladie de suivre les cours pendant une période de deux mois au moins de ladite année.

Art. 12. Toutes les fois que le ministre de la guerre le juge nécessaire, et après en avoir prévenu le ministre de l'instruction publique, il confie à un inspecteur du service de santé le soin de contrôler la marche et les résultats des études des élèves militaires.

A cet effet, cet inspecteur, après avoir prévenu le recteur et le doyen, assiste aux leçons, aux interrogations, et, s'il y a lieu, aux examens. Il adresse, à la suite de chaque mission, un rapport au ministre de la guerre, dont le double est transmis au ministre de l'instruction publique.

Art. 13. Les élèves militaires ne seront admis à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires que s'ils ont obtenu, en moyenne, la note *satisfait* dans les examens pour le doctorat. Ceux qui ne rempliront pas

cette condition seront licenciés et tenus au remboursement des frais de leur instruction et de première mise.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service militaire avant l'expiration des dix années de leur engagement.

SECTION III. — *Régime disciplinaire.*

Art. 14. Les élèves militaires commissionnés sont soumis aux règles de la discipline militaire. Ils portent l'uniforme attribué par l'ordonnance du 12 août 1836 aux élèves de l'ancien hôpital militaire de perfectionnement.

Il leur est accordé, dans ce but, une première mise de 250 francs.

Les frais d'inscriptions, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, de certificats d'aptitude et de diplôme, réglés conformément au tarif déterminé par le décret du 22 août 1854, sont versés par le ministre de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur.

Art. 15. Leur chef direct est le médecin chef de l'hôpital militaire, responsable de l'exécution du présent règlement en tout ce qui concerne le bon ordre et la tenue des élèves.

Il aura à sa disposition, pour la surveillance intérieure et extérieure des élèves, un nombre suffisant de médecins aides-majors.

Il y aura en outre, à l'hôpital militaire, un officier d'administration, placé sous le contrôle de l'intendance militaire, et chargé de tout ce qui concerne le logement, le matériel et les dépenses nécessaires à l'instruction des élèves.

Art. 16. Les punitions à infliger aux élèves militaires, soit par l'initiative de leurs chefs hiérarchiques immédiats, soit sur la demande motivée du doyen et des professeurs de l'école, seront :

La réprimande en particulier, l'admonition en présence de leurs condisciples, la privation d'un ou de plusieurs jours de sortie, la réclusion dans la salle de discipline, le blâme motivé de l'inspecteur chargé du contrôle des études, le blâme ministériel, le licenciement avec remboursement des frais de scolarité.

Art. 17. Les jours où il n'y a pas de clinique à la Faculté, les élèves assistent le matin au service de l'hôpital militaire, à moins d'en être dispensés expressément par le médecin chef.

TITRE III. — ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE A L'ECOLE IMPÉRIALE D'APPLICATION DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES.

Art. 18. Les élèves militaires reçus passent, avec le titre de médecin stagiaire, à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, sous la condition exprimée à l'article 13, et ils subissent à leur arrivée à l'Ecole un examen de classement.

Ils sont rétribués à l'École sur le pied de 2,160 francs par an, et reçoivent une première mise d'équipement fixée à 500 francs.

Art. 10. L'Ecole d'application de la médecine militaire a pour but de les initier à l'exercice spécial de l'art dans l'armée, de compléter leur instruction pratique, de leur faire connaître les reglements, lois et décrets qui régissent l'armée dans ses rapports avec le service de santé.

L'enseignement de cette Ecole comprend les chaires suivantes :

Clinique médicale, clinique chirurgicale, hygiène et médecine légale militaires, maladies et épidémies des armées, anatomie des régions, médecine opératoire et appareils, chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Art. 20. Le personnel de l'Ecole comprend : 1 inspecteur du service de santé, directeur ; 7 professeurs, dont un remplira les fonctions de sous-directeur ; 7 professeurs agrégés attachés à chacun des sept enseignements susmentionnés.

Les deux agrégés des cliniques médicale et chirurgicale rempliront les fonctions de chefs de ces deux cliniques ; l'agrégé d'anatomie remplira celles de chef des travaux anatomiques ; l'agrégé de chimie remplira celles de chef des travaux chimiques, et ainsi de suite.

Il y aura en outre : 1 bibliothécaire conservateur des collections ; des aides-majors surveillants en nombre suffisant ; 1 officier d'administration chargé, sous le contrôle de l'intendance militaire, de tout ce qui concerne la gestion administrative de l'Ecole.

Les professeurs agrégés sont nommés au concours, d'après le programme rédigé par le conseil de santé ; la durée de l'agrégation est de quatre années.

Les professeurs, sauf le cas de première nomination, sont choisis parmi les professeurs agrégés anciens ou en exercice, et nommés par le ministre de la guerre sur deux listes présentées par l'Ecole et par le conseil de santé des armées.

Le bibliothécaire conservateur des collections est nommé par le ministre et peut être pris dans la position de retraite.

Le directeur est nommé par décret sur la proposition du ministre de la guerre.

Art. 21. Les officiers de santé attachés à l'Ecole reçoivent la solde de leur grade, augmentée du supplément du tiers, alloué aux officiers de diverses armes employés dans les écoles militaires.

L'inspecteur directeur de l'Ecole reçoit les allocations spéciales attribuées aux généraux commandant les écoles militaires.

Art. 22. Les docteurs admis à l'Ecole d'application remplissent dans les salles d'hôpital les fonctions de sous-aide et d'aide-major, suivant leur numéro de classement.

Un règlement intérieur, arrêté par le ministre de la guerre, déterminera l'ordre des études et l'emploi du temps.

Art. 23. Les cours, excepté ceux de clinique, sont l'objet de programmes respectifs par leçons et autographiés après avoir reçu l'approbation du ministre.

Le directeur de l'Ecole veille à ce que les professeurs s'y conforment exactement ; en cas d'empêchement, ceux-ci seront remplacés, programme en main, par les professeurs agrégés.

Les interrogations et les épreuves pratiques qui s'y rattachent ont lieu de deux en deux mois ; elles sont faites par les professeurs et motivent des classements qui seront notifiés au conseil de santé.

Art. 24. Les stagiaires de l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, après un an de stage, sortent de cette école avec le titre d'aide-major de 2e classe, sous la condition de satisfaire à un examen de sortie dont le programme est arrêté par le ministre de la guerre.

Art. 25. L'École est placée sous l'autorité du directeur, auquel sont particulièrement dévolus la surveillance supérieure et disciplinaire du personnel employé dans l'Ecole, et le contrôle de toutes les parties de l'enseignement.

Art. 26. Les besoins de l'instruction s'étendant au service des malades et de l'amphithéâtre, le directeur provoquera les mesures administratives nécessaires pour la conciliation de ces besoins avec ceux du fonctionnement régulier de l'hôpital, et se concertera, à cet effet, avec l'intendant militaire de la 1re division.

Art. 27. Le directeur centralise tous les documents relatifs à l'appréciation du personnel de l'Ecole, tels que rapports de cours, de classement, etc., et en fait la base de notes annuelles qu'il transmet au ministre.

Il a droit de proposition d'office pour l'avancement et pour la Légion d'honneur en faveur du personnel de l'Ecole; il transmet ces propositions au ministre, pour être soumises à la commission instituée par l'article 24 du décret du 23 mars 1852.

Art. 28. L'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires est inspectée par un inspecteur médical, d'après les mêmes règles que les autres écoles ressortissant au ministère de la guerre.

NOTE DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES SUR L'APPARITION POSSIBLE DE QUELQUES CAS DE TYPHUS DANS LES GARNISONS.

Des instructions, concertées entre les départements de la guerre et de l'agriculture, ont minutieusement réglé tous les détails du débarquement des troupes rentrant d'Orient, et prescrit l'adoption d'un ensemble de combinaisons, au moyen desquelles les populations ne peuvent rien avoir à craindre du contact de ces troupes quand elles seront admises à circuler en France.

Malgré cet ensemble de précautions, on ne saurait affirmer actuellement, cependant, qu'il ne se révélera aucune affection typhique dans les garnisons qui recevront les troupes revenues d'Orient, ou chez les habitants qui auront été en contact avec elles; mais on peut avancer néanmoins que si des manifestations de ce genre se produisaient, elles seraient isolées, s'éteindraient sur place, et n'auraient par elles-mêmes ni la gravité, ni la puissance de propagation qui se rencontrent au voisinage des foyers d'origine.

Les médecins qui seront appelés à les traiter, soit dans les corps de troupes ou dans la population même, soit dans les hôpitaux civils et militaires, auront un devoir de circonstance à remplir devant l'autorité; ils s'empresseront de les lui signaler, afin que les mesures d'isolement leur soient appliquées sans produire des craintes exagérées de transmissibilité; ils sauront rassurer les populations et leur épargner le trouble et le ridicule d'une panique, à l'occasion d'un cas isolé plus ou moins typhique destiné à s'épuiser faute d'aliments.

Les officiers de santé des corps redoubleront de vigilance dans la visite journalière des hommes; ils dirigeront sans délai sur l'hôpital ceux qui leur paraîtraient présenter quelques symptômes caractéristiques.

Que s'il survient dans la population civile des cas plus ou moins suspects, la prudence prescrit de les traiter dans l'isolement, de leur réserver dans les établissements hospitaliers civils un local distinct et bien approprié à cette destination. S'il n'existe pas d'hôpital dans la localité, ou si les familles désirent retenir près d'elles leurs malades, le médecin qui les soigne se conformera pour leur traitement aux règles d'isolement et d'aération continus, et ne négligera aucune des précautions dont l'application est compatible avec les conditions de la vie privée.

Comme dans toutes les maladies très-graves et susceptibles de se communiquer le point important est de les reconnaître à leur début, cette règle est particulièrement applicable au typhus, et les médecins civils et militaires ne sauraient apporter trop d'attention à distinguer les symptômes qui en annoncent l'invasion : « Fièvre à marche indéterminée ou d'apparence rémittente; frisson irré« gulier et peu marqué; douleurs contusives dans les membres; céphalalgie

« violente, gravative, éblouissements, vertiges, injection des yeux, hébétude qui « arrive promptement au degré de la stupeur ; celle-ci très-prononcée et per- « sistant tantôt comme symptôme prédominant, tantôt alternant avec le délire : « prédominance des symptômes fournis par les centres nerveux sur les phéno- « mènes abdominaux qui sont beaucoup moins en relief que dans la fièvre ty- « phoïde; ainsi, peu ou point de météorisme, gargouillement iliaque rare ou « nul, constipation le plus ordinairement au début, rarement de la diarrhée « dans le cours de la maladie, et quand elle survient, moins intense et moins « continue que dans la fièvre typhoïde.

« Les éruptions caractéristiques sont de nature pétéchiale, et quelquefois pré- « cédées par une éruption papuleuse rosée, qui ne s'efface pas sous la pression « du doigt. »

Quant au traitement, on ne croit pas devoir formuler ici d'indications absolues. Il n'en est pas d'ailleurs du typhus comme du choléra, qui donne lieu à un grand nombre de cas foudroyants ou d'invasion rapide dans lesquels la seule chance de salut est au prix de l'administration instantanée de soins déterminés à l'avance. L'évolution du typhus permet au médecin d'intervenir avec maturité, et son traitement repose essentiellement sur l'observation des règles hygiéniques : « Isolement et large espacement des malades, ventilation diurne et « nocturne des locaux qu'ils occupent, propreté rigoureuse et constante du cou- « chage, grande réserve dans l'emploi des émissions sanguines et des débili- « tants en général. » Que le médecin n'oublie pas que la plupart de ces malades ont passé par des privations, par des fatigues et par toute espèce de causes d'épuisement ; qu'il ne perde pas de vue la nécessité de soutenir chez eux les forces de réaction : « Boisson vineuse, décoction de quinquina, et pendant la période « de stupeur acétate d'ammoniaque. »

Beaucoup d'entre eux auront subi antérieurement une influence d'impaludation, et pourront suggérer l'indication de l'emploi utile « des antipériodiques; » autant il conviendra de les prescrire dans ces cas, autant il faut se garder d'ériger cette médication en méthode générale.

Dans un but d'intérêt général facile à saisir, les médecins des corps et des établissements hospitaliers civils et militaires, dans lesquels des cas de typhus viendraient à se déclarer, sont invités à informer le Conseil de santé des armées, par des rapports décadaires, de l'invasion et de la marche de cette affection.

On lit dans la Gazette médicale de Lyon : « Nous voyons depuis quelques jours se développer dans les salles de l'Hôtel-Dieu ou arriver du dehors des affections gastro-intestinales de divers degrés et souvent indéterminées : embarras gastriques, états bilieux et saburraux, diarrhées subites, coliques, etc. En ville aussi, ces cas se multiplient. On attribue assez généralement ces malaises à la corruption des eaux que l'on boit. Cette idée ne nous paraît pas justifiée, bien que l'abus des boissons aqueuses puisse, chez quelques personnes, être la cause occasionnelle de désordres abdominaux. Nous aimerions mieux chercher l'origine du nombre croissant de ces indispositions dans l'élévation subite de la température, au milieu d'une atmosphère profondément humide et dont l'état hygrométrique persiste depuis si longtemps. Ces diverses influences et d'autres que nous ne pouvons apprécier concourent sans doute à produire les affections abdominales que nous observons à présent, et qui se voient d'ordinaire dans les premières chaleurs de chaque année.

« Quoi qu'il en soit, la plupart de ces affections sont encore légères. Il en est pourtant un petit nombre qui se rapprochent des fièvres graves, et qui font craindre l'apparition prochaine de ces fâcheuses maladies. »

La Société de chirurgie a tenu sa séance annuelle le 3 juillet. La Société avait mis au concours la question : *des résultats définitifs des amputations;* aucun mémoire n'ayant été adressé, ce prix n'a pas été décerné. Le prix Duval, destiné à récompenser l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France, a été donné à M. Perret, de Gaillardon, pour sa thèse *sur les Rétrécissements du rectum d'origine inflammatoire*; une mention honorable a été accordée à M. Dunal, interne des hôpitaux de Montpellier, pour sa thèse : *Des Hémorrhagies causées par insertion du placenta sur le col.* Après la proclamation des prix, le secrétaire général, M. Marjolin, a lu le compte rendu des travaux de la Société, et M Broca a prononcé l'éloge de M. le professeur Gerdy, membre honoraire de la Société, travail aussi bien écrit que fortement pensé. La séance s'est terminée par l'installation du nouveau bureau, qui se trouve constitué de la manière suivante : *président*, M. Chassaignac ; *vice-président*, M. Bouvier ; *secrétaire général*, M. Marjolin ; *secrétaire des procès-verbaux*, M. Désormaux ; *vice-secrétaire*, M. Laborie ; *trésorier*, M. Houel ; *archiviste*, M. Verneuil.

M. Beau a été élu membre de la section d'anatomie pathologique de l'Académie par 40 suffrages contre 15 donnés à M. Ch. Robin ; 8 à M. Ménière, et 6 à M. Sestier.

M. Courty, que la Faculté de médecine de Montpellier a présenté comme premier candidat à la chaire vacante d'opérations et d'appareils, vient d'être porté également en tête de la liste du conseil académique. Les voix se sont réparties comme il suit : au premier tour, 3 voix ont été données à M. Serres (d'Alais) et 12 à M. Courty; un bulletin portait les deux candidats *ex æquo* ; au deuxième tour, 7 voix à M. Serres, 7 à M. Goffres et 2 à M. Chrestien. Un scrutin de ballottage ayant été établi entre M. Serres et M. Goffres, ce dernier a eu 9 et le premier 7 voix.

L'issue fatale de la maladie de M. Amussat a été tellement prompte, que notre regrettable confrère n'a pu faire aucune disposition testamentaire. Son vénérable père, ainsi que sa famille, qui connaissaient ses intentions à cet égard, ont tenu à les réaliser. M. Amussat père a donc écrit au président de l'Académie de médecine qu'il faisait don à la savante compagnie, au nom de son fils, d'une rente de 500 francs destinée à fonder un prix bisannuel de *chirurgie expérimentale*; il a adressé en même temps une somme de 4,000 francs à l'Association de prévoyance des médecins de la Seine. De semblables actes n'ont pas besoin d'être loués.

Par décret impérial du 16 juin, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Alquié, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Par décrets du 28 juin, rendus sur la proposition du ministre de l'agriculture et du commerce, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur. *Officiers* : MM. Chevallier, membre du Conseil de salubrité de la Seine ; Deval, ancien médecin des épidémies dans le département du Puy-de-Dôme. *Chevaliers* : MM. Mongin-Montrol, médecin des épidémies à Langres ; Vosseur, docteur-médecin à Paris ; Chappotin de Saint-Laurent, médecin des hôpitaux ; Ulry, médecin sanitaire à bord du paquebot *l'Astrien*.

Sur la proposition du ministre de l'instruction publique, une chaire spéciale de zoologie vient d'être créée à l'Ecole supérieure de pharmacie. M. Valenciennes, membre de l'Institut et professeur au Muséum, est nommé professeur titulaire.

La Société médicale des hôpitaux de Paris propose, pour sujet de prix à décerner en 1858 la question suivante : *Des congestions sanguines dans les fièvres.*

« Les congestions sanguines devront être étudiées dans les fièvres intermittentes de tous les types, dans les exanthèmes, tels que la variole, la rougeole, la scarlatine, et enfin dans le groupe des fièvres continues (le typhus, la fièvre typhoïde, les fièvres bilieuse, puerpérale, jaune, la peste), en tenant compte de l'analogie qui existe entre les fièvres et les maladies virulentes (morve, charbon, empoisonnements septiques, affections hémorrhagiques, etc.) Les compétiteurs auront à décrire les causes des congestions dans les pyrexies, la nature et la forme des lésions, les symptômes qui en révèlent l'existence, la part qu'y prennent les altérations générales des solides et des liquides, enfin les indications utiles que peut en tirer la thérapeutique. »

Ce prix sera de *quinze cents francs*. Les auteurs devront joindre à leur mémoire un *pli cacheté*, indiquant leurs nom et adresse, avec une épigraphe, répétée sur la première page du manuscrit. Le terme de rigueur pour la clôture du concours est le 1er juin 1858. Les mémoires devront, en conséquence, être parvenus au plus tard le 31 décembre 1857 à M. le docteur Henri Roger, secrétaire général de la Société, 15, boulevard de la Madeleine.

L'Institut de Valence (Espagne) publie le programme suivant pour le concours de 1857. — *Question de médecine*. Déterminer, au moyen de signes rationnels et physiques, mais d'une manière certaine, la présence des tubercules pulmonaires dans tous les états, de leur existence et le tempérament qui y prédispose; faire connaître les moyens thérapeutiques les plus sûrs pour éviter leur formation et pour guérir leurs funestes conséquences lorsqu'ils se sont déjà déclarés dans l'économie. — *Question de chirurgie*. Histoire clinique et anatomique des tumeurs. Faire connaître l'analogie, identité et différence, qui peuvent exister entre le cancer et les tumeurs épidermiques, papillaires, les fibres plastiques et les épithéliums. — *Question de pharmacie*. Faire connaître la manière d'obtenir artificiellement quelques-uns des alcaloïdes végétaux qui sont employés en thérapeutique. —*Question des sciences naturelles*. Étude chimique du pain comme aliment, et les changements qu'éprouvent ses principes immédiats dans l'organisation animale — Deux prix sont proposés pour la solution de chacune de ses questions. L'Institut offre, pour le premier, une médaille d'or frappée au nom du lauréat; en outre, le titre de membre de l'Institut; pour le second, le titre de membre de mérite de l'Institut. — Les mémoires, écrits en espagnol, latin, français, portugais, anglais ou italien, doivent être envoyés *franco*, dans les formes académiques, au docteur don Juan M. Velasquez, secrétaire de la correspondance, *calle de Caballeros*, n° 43, à Valence, le 1er décembre 1856.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes vient de succomber à une attaque d'apoplexie aux eaux d'Ems, où il s'était rendu dans l'espoir de rétablir sa santé altérée par le travail. — La Faculté de médecine a fermé ses cours le samedi 12, afin d'assister au service funèbre de M. Fortoul.

On écrit de Russie le 5 juillet : « Le choléra qui, depuis nombre d'années, s'est acclimaté à Saint-Pétersbourg, sévit avec une assez grande violence en ce moment; mais on n'y prend pas garde. On vit au milieu de ce fléau comme auprès d'un voisin incommode, sans songer à s'en éloigner. Il y a des cas rapides comme la foudre; ainsi le second d'un navire français, arrivé samedi matin, était enterré le lendemain; mais on s'habitue à tout, même à la pensée de la mort. » — Les journaux d'Espagne nous apprennent également que le fléau a reparu à Séville : quoiqu'il s'y soit montré avec une certaine intensité, depuis quelque temps déjà, aucun cas n'a été signalé dans les campagnes environnantes.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

La saignée et ses détracteurs.

Par M. SAUCEROTTE, médecin en chef de l'hôpital de Lunéville ([1]).

A qui voudrait arguer de l'antiquité de la saignée, il suffirait d'ouvrir les annales de l'art et de montrer que son origine se perd dans la nuit des temps. Mais laissant l'âge mythologique de la thérapeutique et les recherches de pure érudition, j'arrive de plein saut à la médecine grecque, et je m'arrête à son plus illustre représentant, Hippocrate, *ab Jove principium*.

La seule règle générale, je crois, qu'Hippocrate nous ait laissée à cet égard, c'est de saigner « quand le mal est violent, le malade robuste et à la fleur de l'âge. » (*De vict. rat. in acut.*) Il pratiquait plus fréquemment cette opération dans les inflammations (pleurésie, pneumonie, hépatite, etc.), que dans les fièvres ; et, sauf une absolue nécessité ([2]), il ne saignait même dans les maladies locales que pendant les quatre premiers jours de la maladie, craignant, en agissant autrement, de troubler le travail de coction et les crises dont il attendait la guérison du mal. Il pensait, en effet, que la matière morbifique (épanchement, engorgement, hépatisation, etc.) était dès lors fixée dans la partie malade, et que c'était s'opposer à sa résolution et troubler les opérations de la nature, *vis medicatrix*, que d'affaiblir le malade par des évacuations sanguines prolongées. « Dum morbi consistunt et vigent, melius est quietem habere. » (*Aphor.* 29, sect. II.) Si le mal tardait trop à se localiser ou que l'illustre observateur ne pût en découvrir l'espèce, il s'abstenait, aimant mieux se confier à la nature que d'agir sur de simples conjectures. Le régime était d'ailleurs son moyen favori, celui dont il attendait le plus, et dont il a tracé les règles avec le plus d'exactitude. Cette conduite et les opinions dogmatiques qui la dictèrent s'expliquent assez quand on réfléchit, non-seulement à l'état d'imperfection dans lequel était alors la science du diagnostic, mais encore au climat dans le-

([1]) Voir le numéro précédent, page 5.

([2]) Tel le cas d'Anaxion, pleurétique, qu'il saigne au huitième jour, parce que la fièvre était violente, la douleur vive, la toux et la dyspnée considérables (*Epid.* lib. III, sect. II, morb. 8). Du reste, Hippocrate répétait rarement cette opération, quoiqu'il la poussât jusqu'à la défaillance chez les individus robustes : « Expedit usque ad animi defectionem ducere, si æger perferre possit. » (*Aph.* 3, sect. I.) En fait de saignées locales, il n'employait que les ventouses.

quel exerçait Hippocrate, climat si favorable aux terminaisons critiques des maladies.

En somme, le vitalisme d'Hippocrate étant beaucoup plus favorable à l'expectantisme qu'à une médication perturbatrice ou très-active, il ne dut faire qu'un usage réservé de la saignée ; mais jamais il ne paraît concevoir l'idée qu'on puisse s'en passer ou la proscrire dans les cas où son emploi paraît bien indiqué.

Les successeurs de ce grand homme ne furent pas toujours aussi modérés que lui dans l'emploi des émissions sanguines. Celse nous apprend qu'au temps de Galien, on recourait à la saignée dans presque toutes les maladies. Galien en faisait lui-même un usage plus fréquent et plus hardi qu'Hippocrate. Ce n'est pas qu'il suivît exclusivement en cela l'inspiration de ses idées théoriques, comme on l'a prétendu ; loin de là, il proclamait que l'expérience peut seule faire connaître les conditions dans lesquelles la saignée est préférable à d'autres médications (1). Il en précisa mieux l'emploi; détermina le premier la quantité de sang qu'il tirait, et s'appliqua à l'étude des indications et des contre-indications, s'en abstenant généralement chez les vieillards et chez les enfants, chez les individus lymphatiques (2) et même dans certains genres de pléthore (voy. précéd.) qui peuvent coïncider, comme la science moderne le démontre, avec la diminution des globules. Ayant vu trois malades périr dans une syncope déterminée par la saignée, et redoutant l'abus qu'il en voyait faire, il va jusqu'à la déconseiller aux jeunes praticiens qui ne seraient pas assez expérimentés pour l'employer en temps opportun. Moins timide en ce qui le concerne, il n'hésitait pas à répéter cette opération deux, trois, quatre fois et jusqu'à défaillance chez les malades robustes attaqués violemment. (*De Cur. Rat. per sang. miss.* cap. XII.) C'est ainsi qu'il nous apprend qu'il tira à une fébricitante dont les règles étaient supprimées depuis huit mois 18 onces de sang le premier jour, 12 onces le second, 8 le troisième. (*De Morb. vulgar.*, comm. 3, cap. XXIX); et à un malade atteint d'une violente ophthalmie, 36 onces une première fois et 12 autres onces quatre heures après. (*De Curat. per sang. miss.*, cap. XVII.) Certes voilà

---

(1) Hoc imprimis sciendum, ut plerosque paratiores esse ad venæ sectionem quam alios; quosdam vero ad purgationem, et alii quodvis potius quam venæ sectionem patiantur... Sola experientia docet ea quæ prosunt, quæque nocent. (In Hippoc. *de humor.*)

(2) Iis quorum corpora candida sunt et carnes molles habent, teneras et facile difflabiles, quales Galli sunt, aut plane sanguinem non mittes, vel parco detrahas. (*De Cur. Rat.*, cap. XIV.)

un partisan convaincu de la phlébotomie ! Quant aux émissions sanguines locales, Galien se servait fréquemment des ventouses, qu'il préférait aux sangsues, préconisées par Thémison.

Le grand peintre des maladies, Arétée, faisait, comme la plupart des pneumatiques, un usage large et fréquent de la saignée. Mais pour citer tous ceux qui, fidèles aux traditions d'Hippocrate et de Galien, firent des émissions sanguines une des bases de leur thérapeutique, il faudrait épuiser la liste de tous les grands maîtres de l'antiquité ; tels les Aëtius, les Alexandre de Tralles, les Paul d'Egine, les Cœlius Aurélianus, les Oribase et tant d'autres. Que si cette pratique rencontre des détracteurs, les considérations sur lesquelles ils s'appuient pour la rejeter sont empruntées non plus à l'expérience, mais à des idées théoriques dont les progrès de la science devaient faire justice. Ainsi, pour ne citer qu'Erasistrate, le plus célèbre d'entre eux, le motif principal qu'il allègue pour ne pas saigner, ou du moins pour saigner le plus rarement possible (car les antagonistes les plus déclarés de cette médication s'en ravisent quelquefois à leur corps défendant) (1), c'est que l'inflammation, celle de toutes les maladies où les émissions sanguines sont le mieux indiquées, dépendant du passage du sang des veines dans les artères (qu'on croyait alors ne contenir qu'un air subtil), on ne s'oppose nullement à cette déviation par la saignée ni par les purgatifs, qu'on doit également rejeter, mais beaucoup mieux par la diète et *par la ligature des veines*... Voilà pourtant ce que trouvait de plus concluant à dire contre la saignée un homme qui jouit pendant près de quatre siècles d'une grande autorité ! Autorité dont la véritable cause est d'ailleurs, au point de vue thérapeutique, dans la supériorité qu'il donna à l'hygiène sur la polypharmacie empirique de son temps. C'est par des arguments de la même valeur que quelques sectes combattaient la saignée ; arguments qui, du reste, ne valaient ni plus ni moins que ceux, qu'en dehors de l'expérience, d'autres sectes alléguaient en sa faveur. Ainsi je ne me prévaudrai pas de l'opinion des méthodistes qui ne saignaient que *pour relâcher*, et dans une vue entièrement théorique ; je ferai seulement remarquer que, dans plusieurs circonstances où, par suite de vues systématiques plus ou moins erronées, ils s'abstenaient de la phlébotomie, ils employaient une diète exténuante, les sangsues ou les ventouses sèches et sca-

(1) Au rapport de Cœlius Aurélianus, Erasistrate saignait quelquefois ; et ce furent ses disciples qui, comme toujours, outrant la doctrine de leur maître, renoncèrent tout à fait à cette opération.

rifiées à outrance. Quant à Celse s'il crut, à l'exemple de Thémison et des empiriques, recourir moins fréquemment à la saignée, c'est qu'on en faisait un emploi immodéré de son temps. « Sanguinem incisa vena mitti novum non est, sed nullum pene morbum esse in qua non mittatur, novum est. » (Lib. II, cap. x.) Il se bornait ordinairement à une saignée, qu'il ne poussait même pas jusqu'à la défaillance, préférant la répéter les jours suivants, si le cas l'exigeait. Dans les maladies aiguës, où l'état des forces ne permettait pas les évacuations sanguines, il les remplaçait par des ventouses sèches : moyen sur l'emploi duquel il nous a même laissé des préceptes judicieux (lib. II, cap. x) ; quelquefois par la diète seule. « Multi magni morbi curantur abstinentia et quiete. » Enfin, il rejetait la saignée après le quatrième jour, dans le paroxysme de la fièvre. « Si vehemens febris urget, in ipso impetu ejus sanguinem minuere hominem jugulare est. » (*Ibid.*) ; opinion qui ne paraîtrait pas soutenable aujourd'hui, mais qui s'inspirait alors des doctrines hippocratiques sur les crises et la coction.

Bien que les Arabes aient professé des principes différents de ceux des Grecs, notamment en ce qui concerne le lieu d'élection de la saignée (qui était presque toujours, pour les premiers, le plus voisin du mal), ils n'en furent pas moins partisans déclarés de cette médication, à laquelle ils recouraient même plus souvent que les hippocratistes. Cette confiance n'allait pas cependant jusqu'à leur fermer les yeux sur les inconvénients des émissions sanguines, immodérées ou inopportunes. Ainsi Rhazès nous trace un long tableau des contre-indications de la saignée, à l'abus de laquelle il attribue plusieurs maladies. (*De Juvamentis* et *Nocumentis phlebotomiæ.*) Donc, en somme, du dixième au quinzième siècle, la confiance que l'on avait dans cette médication n'avait fait que s'accroître, et loin d'y renoncer, on était plutôt, comme le témoigne l'ouvrage de Rhazès, porté à en abuser.

Je passe sur le moyen âge, où les doctrines arabistes prévalent sur les doctrines grecques, et sur les commencements du seizième siècle, rempli de discussions ardentes touchant la question de savoir s'il faut saigner du côté du mal, comme le conseillent généralement les auteurs grecs, ou si l'on doit, à l'exemple de la plupart des médecins arabes, saigner du côté opposé ; ces discussions aujourd'hui sans intérêt pour nous, mais qui partageaient alors le monde médical en deux camps opposés, attestent du moins par leur durée et par leur vivacité l'immense importance qu'on attachait à l'emploi des émissions sanguines.

Nous arrivons à ce qu'on peut appeler l'âge de la renaissance dans l'histoire de la saignée, c'est-à-dire à l'époque où les médecins, à l'appel de Brissot et à la suite d'une épidémie de pleurésies très-graves dans les environs de Paris (1515-16), et où la pratique des Grecs paraît avoir eu l'avantage, finissent par renoncer à celle des Arabes pour revenir aux traditions hippocratique et galénique [1] (*Apologie de Brissot*; *Vie de Brissot* par Moreau), traditions qui se répandent de plus en plus avec les écrits de leurs savants commentateurs, les Duret, les Houllier, etc., et ceux des plus célèbres praticiens de ce temps, Fernel en tête. Pour ce dernier comme pour Galien, la vigueur des forces, la fleur de l'âge et la grandeur de la maladie constituaient les indications cardinales de la phlébotomie, qui était d'autant moins indiquée qu'on s'éloignait davantage de la pléthore, dont elle est le remède par excellence. « Plethoræ, exuperantisque sanguinis unicum ac proprium remedium venæ sectio. » (*Meth. medendi*, lib. II, cap. IV.) Telle était, en général, la pratique de tous les hommes en renom aux seizième et dix-septième siècles, telle était celle d'un homme qui brille entre tous les hippocratistes par le talent de l'observateur et par les succès du praticien, l'illustre Baillou. Toutefois, imbu des doctrines grecques, dont il contribua puissamment à ranimer le culte, et attentif à ne pas troubler les efforts de la nature dans le travail de la coction et des crises, Baillou s'efforça surtout de poser les limites où l'on doit s'arrêter dans l'usage de la saignée, donl beaucoup de praticiens abusaient de son temps, notamment dans les fièvres continues. Il réprouvait cette médication dans les fièvres malignes et dans celles qui lui paraissaient avoir leur siége dans les premières voies, aimant mieux, disait-il, purger six fois en semblable circonstance que saigner une. (*Epid. et Ephem.*, lib. II.) Il signale certaines constitutions atmosphériques comme contraires à l'usage des émissions sanguines, et montre qu'elles n'avaient pas eu le succès de la méthode expectante dans plusieurs épidémies dont il avait été témoin. Il ne craignait pas cependant d'ouvrir plusieurs fois la veine quand l'indication s'en présentait; par exemple, dans le rhumatisme aigu, où il recommande de saigner *large* et *sæpe;* ainsi on le voit revenir cinq fois à la saignée chez un de ses malades (*Consil. med.*, lib. II, *cons.* 42). Cependant il faut remarquer que ces saignées n'étaient souvent que de six, cinq et même quatre onces, en diminuant progressivement la proportion de sang évacué. Après

[1] Cette réforme ne s'opéra point sans une vive résistance. La discussion parut si grave qu'on fit intervenir un décret de Charles-Quint, portant défense de saigner selon la méthode des Grecs.

avoir déterminé la quantité qu'il pouvait en enlever à son malade, il lui arrivait souvent de ne le laisser couler qu'à deux ou trois reprises et à plusieurs heures d'intervalle. C'était là un procédé très-répandu parmi nos devanciers, et dont Galien lui-même avait donné l'exemple en maintes circonstances. C'est la méthode de M. le professeur Bouillaud, mais pratiquée d'une manière moins hardie, avec une moindre perte de forces pour le malade. Appliquées à la manière de Baillou, ces saignées fractionnées offraient peut-être quelque avantage quand on recherchait moins l'effet antiphlogistique ou spoliatif que l'effet altérant; mais dans les maladies aiguës elles avaient le double inconvénient: 1° de laisser perdre un temps précieux, en opposant au mal un remède disproportionné avec son intensité; 2° de faire préjuger la quantité de sang qu'un malade a besoin de perdre, sans tenir compte des modifications qui peuvent survenir dans l'intensité ou dans la nature de la maladie. — En somme, Baillou est sous l'influence d'une double préoccupation : la doctrine des crises d'une part, d'une autre l'emploi irrationnel qu'il voyait faire de la saignée. «Carnificis est, non autem medici, ita liberaliter et parva de causa venam aperire. » (*Epid. et Ephem.*, lib. II.)

C'était l'époque, en effet, où Botal, comparant les veines « à un puits dont l'eau est d'autant meilleure qu'elle est plus souvent renouvelée, » et faisant de la saignée une véritable panacée, la préconisait contre l'hydropisie, les cacochymies, les suppurations intérieures, les diarrhées, etc., et poussait le paradoxe jusqu'à soutenir qu'un vieillard infirme doit être saigné de quatre à six fois l'an; un individu bien portant tous les six mois. (*De Cur. per sang. miss.*). Cette doctrine, bien que condamnée par la Faculté de Paris, trouvait crédit chez les contemporains; elle devait même, on aura peine à le croire, être dépassée en extravagance par Riolan, professant qu'un malade peut perdre la moitié de son sang dans quinze ou vingt saignées. Et qu'on ne croie pas que ce fut là l'erreur d'un moment, le résultat de la fascination exercée par l'éloquence de Botal et par le savoir de Riolan. Cent ans plus tard, ces idées trouvaient encore un écho dans Hecquet, qui, dans une *thèse sur la saignée*, disait « qu'on peut enlever presque tout le sang d'un animal sans qu'il meure, rien ne pullulant autant que ce fluide; » et qui, âgé de soixante-seize ans et accablé d'infirmités, se faisait saigner quatre fois quelques heures avant de mourir!....[1] Malgré les nombreux ad-

---

[1] Un fait du même genre s'est reproduit de nos jours. Bosquillon, médecin de l'Hôtel-Dieu, qui tenta de réhabiliter en matière de saignées les principes

versaires qu'elles trouvaient, ces opinions avaient acquis assez d'autorité dans la pratique pour que les médecins de Louis XIII osassent saigner ce malheureux prince *quarante-sept fois* dans les dix derniers mois de sa vie ! (Amelot de la Houssaie, *Mém.*) Ces excès se plaçaient d'ailleurs sous le patronage de plus d'un nom illustre. Ici c'est un Willis, qui, suivant les errements de Riolan, prétend que cette médication convient dans presque toutes les maladies, « fere totam pathologiam (*De Phlebot.*, p. 173); » là, c'est un Gui-Patin qui, affirmant « qu'aucun remède ne fait autant de miracles que la saignée, » voulait, « quelque mal qu'il arrive, qu'elle marchât devant, puissamment et copieusement (Lettre 3); » et, plein de foi en sa doctrine, faisait vingt-quatre saignées à son fils atteint de pleurésie ! Ce qui faisait dire plaisamment à Molière « qu'il n'est permis d'avoir des médecins qu'aux gens vigoureux, et qui ont des forces de reste pour porter le remède avec la maladie (*le Malade imaginaire*). »

Il semblait que la grande découverte d'Harvey dut, par les clartés nouvelles qu'elle répandait sur la physiologie, ramener les médecins à des idées plus saines sur l'emploi des émissions sanguines. Par malheur il n'en fut rien. Les idées mécaniques devinrent en grande faveur, et leurs sectateurs, prétendant trouver dans les lois de l'hy-

---

de Botal, au commencement de ce siècle, se fit saigner quatorze fois dans sa dernière maladie. Bineteau dit que de son temps on saignait jusqu'à vingt fois dans la fièvre quarte. Selon Plater, il se serait trouvé des médecins capables de faire jusqu'à soixante saignées à des maniaques ! Il serait curieux de rechercher à quelles limites extrêmes on a pu parvenir dans cette médecine hippiatrique, sans tuer le malade. Pitcarn se vante d'avoir tiré en deux jours, pour un rhumatisme aigu, vingt livres de sang (livre anglaise de 288 grammes). Botal cite, en le blâmant, un médecin qui en tirait d'un seul coup cinq livres (liv. méd. de 12 onces). Twedie, dans une péricardite, fait tirer 20 onces (480 gr.), puis 30 (720), puis 40 (960), puis 50 (1,200); il arrive à 60 (1,440), et le malade s'écrie qu'il est soulagé ! Grégory fait perdre en quelques jours à une femme pleurétique 230 onces (once anglaise de 24 gr.). Dewees, de Philadelphie, fait tirer plus de cinq livres de sang (même mesure) en quelques heures, à une femme atteinte d'éclampsie à la fin de la grossesse; chez une autre, il tire, au moment du travail, 120 onces en cinq ou six heures (la malade guérit, mais fut aveugle quinze jours). Nous voyons notre Mauriceau saigner dix fois *du pied* une femme grosse sans la faire avorter. De nos jours même, M. Gibert a fait connaître le cas d'un homme auquel, sur le soupçon d'une cardite, on enleva quatorze palettes de sang en moins de dix minutes, et qui fut de nouveau saigné le soir du même jour et le lendemain matin ; ce qui ne l'empêcha pas de guérir en peu de temps. Je n'ai certes pas l'intention, en citant ces faits, de les proposer en exemple, mais il m'a semblé à propos de les rappeler, ne serait ce que pour montrer combien certaines craintes sont chimériques à l'endroit d'une médication que l'on n'emploie en général, de nos jours, que d'une manière si réservée.

draulique une appréciation mathématique et réductible en chiffres de l'effet des différentes sortes de saignées, arrivèrent par le calcul aux plus étranges paradoxes. Mais comme ils aboutissaient à des résultats diamétralement contraires, il devait suffire pour les réfuter de les opposer les uns aux autres. Ainsi, tandis que les uns poussent la saignée à outrance [1], les autres, en plus petit nombre, la rejettent, rappelant par la vivacité de leurs débats ceux des arabistes et des galénistes. Déjà depuis longtemps Paracelse et les adeptes des sciences occultes, Van-Helmont et les chimiâtres (qui, ne voyant dans les maladies que des âcretés acides ou alcalines, ne cherchaient dans la thérapeutique que les moyens propres à les neutraliser), avaient, au point de vue de leurs théories, condamné la saignée. Car, depuis Erasistrate jusqu'à nos jours, c'est toujours, qu'on le remarque bien, au nom d'une hypothèse qui lui est contraire qu'on rejette cette médication. Ainsi, comme on avait prétendu que l'écoulement du sang en calme l'effervescence, Van-Helmont répliquait que si l'on enlève une partie d'un liquide en ébullition, cette ébullition ne diminue pas pour cela [2]. Disons cependant, à l'honneur de notre cause, qu'on ne trouve guère parmi les antagonistes de la saignée à cette époque que des noms aujourd'hui parfaitement oubliés; tels les Gehema [3], les Scala, les Volpini, les Kerger, les Bontekoë, et autres illustrations qu'à coup sûr je n'ai jamais lues, ce dont je demande pardon au lecteur, que je soupçonne du reste être dans le même cas que moi. (*La fin à un prochain numéro.*)

Note sur une cause peu connue des vomissements des femmes enceintes, et sur le moyen d'y remédier.

Par M. le docteur René Briau.

Tout le monde connaît les difficultés que le médecin éprouve la plupart du temps à arrêter les vomissements des femmes enceintes; et cependant ces accidents donnent lieu à un état toujours très-pénible, souvent grave, quelquefois même mortel. L'avortement, au-

---

(1) Il fallait que l'abus en fût poussé bien loin pour que Quesnay, ce chaud partisan de la saignée, s'élevât contre l'abus qu'on en faisait. (*Essai sur l'écon. anim.*, t. III.)

(2) Ce qui ne l'empêcha pas de mourir d'une pleurésie aiguë pour laquelle il n'avait pas voulu se laisser saigner. Du reste, il ne voyait que les malades qui venaient le trouver dans son cabinet.

(3) Ce Gehema, *ab uno disce omnes*, prétendait, à l'exemple de Bentekoë, son maître, guérir tous ses malades par l'usage abondant du thé; Kerger par les spiritueux. C'étaient tous des partisans fanatiques des doctrines chimiatriques.

quel on est obligé parfois d'avoir recours, comme à une ressource suprême, outre que son emploi répugne à beaucoup de médecins, n'est pas d'ailleurs un remède sans inconvénients, ni même sans dangers. Si donc il existe des moyens de reconnaître une des causes qui donnent naissance à ces vomissements incoercibles, et si, cette cause étant découverte, il se présente immédiatement la possibilité de les faire cesser, je pense que c'est rendre service tout à la fois à la science et à la pratique que de leur donner la plus grande publicité. Ce sont ces motifs qui m'engagent à soumettre à l'appréciation de l'Académie le fait suivant, que j'ai observé avec soin et avec le plus grand intérêt.

Obs. Mme X., âgée de vingt-cinq ans, est bien constituée, d'une bonne santé habituelle ; son tempérament est lymphatique-nerveux. Elle est devenue enceinte une première fois, il y a six ans, et sa grossesse a été exempte de tout accident : l'accouchement a eu lieu dans de bonnes conditions, et le rétablissement a été complet et assez prompt.

Une seconde grossesse a eu lieu il y a trois ans, et, à part quelques malaises et quelques vomissements dans les premiers mois, on peut dire que cette grossesse a été heureuse, quoique un peu moins bonne que la première. Ce second accouchement a été facile et prompt, mais les suites en ont été troublées par un incident des plus fâcheux. En effet, Mme X. sortait pour la première fois en calèche avec son premier enfant, âgé de trois ans, lorsque celui-ci, dans un mouvement brusque, fut jeté en dehors de la voiture sur le pavé. La mère crut d'abord que la roue de la voiture avait passé sur le corps de son fils. Heureusement il n'en était rien, et l'enfant n'avait reçu aucun mal ; mais l'émotion de la mère avait été violente, et sa convalescence en fut fortement éprouvée. Aussi depuis cette époque elle a été affectée d'un écoulement blanc, médiocrement abondant, qui a persisté depuis deux ans et qui a amené du trouble et de la douleur dans les fonctions digestives. Toutefois les époques menstruelles n'en ont éprouvé aucun dérangement.

Mme X. est devenue enceinte une troisième fois, vers le commencement de mars 1856. Elle s'en aperçut par quelques malaises spéciaux, et surtout par l'absence de ses règles au commencement d'avril. Des vomissements peu fréquents d'abord se manifestèrent vers le milieu de ce dernier mois, et continuèrent en augmentant graduellement. Peu à peu leur fréquence et leur intensité devinrent telles que la malade fut obligée de garder le lit à partir des premiers jours de mai. Bientôt son estomac ne put retenir ni digérer aucune espèce de nourriture. Pendant tout ce mois de mai, elle fut affectée d'une douleur gastralgique intolérable, de constipation et de soif ardente. A ces symptômes persistants se joignirent de temps en temps des spasmes, des mouvements cloniques des membres extrêmement pénibles, puis un abattement et un découragement profonds, et des insomnies qu'on parvenait difficilement à vaincre par l'administration de la morphine suivant la méthode endermique. Ce sommeil morphique, d'ailleurs, n'était point réparateur. L'amaigrissement fit des progrès d'autant plus rapides que la malade pouvait à peine garder de temps à autre un peu d'eau.

Appelé à donner mes soins à Mme X. dès le 2 mai, j'eus bientôt épuisé, sans

aucun profit, toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire, et cela avec d'autant moins de succès que l'estomac se refusait à garder aucun médicament. Une médication externe assez énergique fut également employée, sans produire d'amélioration sensible.

Cependant la famille était vivement alarmée, et quelques personnes me demandaient de songer à la ressource extrême de l'avortement. Mais je n'étais point encore convaincu de l'urgence ni de l'opportunité d'un moyen aussi grave. Dans l'embarras où je me trouvais, je sollicitai, le 21 mai, l'intervention de M. le professeur Moreau, qui était l'accoucheur de Mme X. Dans une consultation qui eut lieu en effet, M. Moreau conseilla l'emploi de divers moyens, dont on n'obtint qu'un soulagement faible et momentané. Il ajouta que très-probablement les vomissements cesseraient lorsque l'utérus aurait acquis assez de développement pour franchir l'excavation du bassin.

C'est alors que le mari de la malade me demanda avec instance de permettre l'essai de la médecine homœopathique. Cette demande me parut impérative, et je me retirai pour laisser une entière liberté à cette expérience extra-médicale.

Le 2 juin je fus rappelé ; l'essai homœopathique avait échoué, et l'état de la malade s'aggravait.

Depuis longtemps, et même avant cette dernière grossesse, j'avais acquis la conviction que les organes génitaux internes de Mme X. étaient affectés de quelque altération, soit de texture, soit de position. La persistance de l'écoulement leucorrhéique m'avait donné cette pensée ; mais la répugnance extrême de la malade à se prêter aux moyens de s'en assurer m'avait empêché d'insister à cet égard. Toutefois, en réfléchissant aux accidents de cette grossesse, j'exprimai à quelques personnes de la famille l'idée qu'un examen attentif des organes génitaux me paraissait nécessaire, d'autant plus que l'écoulement blanc n'avait pas discontinué depuis le commencement de la grossesse. Je les engageai, en conséquence, à préparer la malade à cet examen. J'y fus d'autant plus incité, qu'en palpant avec attention l'abdomen, je n'avais senti aucune dureté, aucune tuméfaction qui indiquât un développement quelconque de l'utérus ; et cependant la malade croyait être arrivée à la fin du troisième mois de sa grossesse, et, dans l'état de maigreur où elle se trouvait, il était naturel de penser qu'on sentirait facilement l'augmentation de volume de la matrice que comporte cette époque de son évolution.

M. Moreau, dont j'avais de nouveau sollicité le concours, vint le 4 juin. Il ne sentit pas plus que moi le développement de l'utérus par le palper du ventre, et il se livra immédiatement à l'examen des organes génitaux internes. Après avoir introduit le doigt dans le vagin, il sentit que l'utérus était en état de rétroversion incomplète, et qu'en outre cet organe était profondément logé dans l'excavation du bassin. Il constata encore qu'il se trouvait incarcéré dans la courbure du sacrum et resserré de toutes parts dans cette espèce de cul-de-sac osseux, sans pouvoir franchir l'angle sacro-vertébral. Aussitôt après s'être bien assuré de ces circonstances, par une manœuvre habile et prudente autant qu'heureuse, il dégagea la matrice de cette situation anormale en la faisant remonter et en la ramenant ainsi dans l'axe du détroit abdominal.

A la suite de cette opération, qui n'occasionna aucune douleur, Mme X se sentit immédiatement soulagée. Le même jour, les vomissements cessèrent, et la malade put prendre et digérer quelques aliments légers. La nuit suivante, elle dormit bien. En un mot, à partir de ce moment, elle recouvra graduellement, mais rapidement, l'appétit, le sommeil, le calme, c'est-à-dire la santé,

qui ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. J'ajoute qu'en moins de quarante-huit heures le ventre prit son développement normal et proportionnel à l'époque présumée de la grossesse.

J'ai à peine besoin de faire ressortir les circonstances de ce fait et l'intérêt pratique considérable qu'il me paraît offrir. Une cause pour ainsi dire toute mécanique retient l'utérus enclavé dans la courbure du sacrum et s'oppose au développement normal de cet organe; de là une perturbation générale et des vomissements incoercibles. Cet enclavement paraît provenir lui-même de la rétroversion incomplète de l'utérus. Une fois cette circonstance bien déterminée, l'indication thérapeutique devient positive; elle est mécanique comme la maladie elle-même, et consiste à dégager l'organe et à le remettre flottant dans le ventre par une manœuvre simple et en général facile. La guérison instantanée d'accidents formidables est la suite immédiate de cette petite opération.

Les conclusions de ce fait sont : 1° que l'enclavement de l'utérus engagé dans la concavité du sacrum est une cause de vomissements incoercibles; 2° que dans ce cas le dégagement mécanique de l'organe fait immédiatement cesser les accidents.

Je dois ajouter que M. le professeur Moreau m'a dit avoir rencontré plusieurs fois des cas semblables, où la même manœuvre a été suivie d'un égal succès; ce qui prouve que ces sortes d'accidents ne sont pas très-rares, et qu'il est utile que les praticiens en aient connaissance.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'emploi des vésicatoires sur le col de l'utérus dans le traitement des affections de cet organe.

(Suite et fin.)

Jusqu'ici, en parlant des phénomènes morbides et des altérations pathologiques qui me paraissent susceptibles de céder à l'emploi des vésicatoires sur le col, j'ai toujours indiqué la chronicité comme l'une des principales conditions de l'emploi de ce moyen. Ce n'est pas sans doute que les vésicatoires ne puissent être appliqués au traitement de maladies récentes; les douleurs hystéralgiques qui suivent les règles sont en particulier très-bien calmées par ce moyen; mais les vésicatoires réussissent moins bien dans les cas d'inflammation ou d'irritation aiguë, que lorsque celles-ci sont chroniques. Que si

[1] Voir le numéro précédent, p. 13.

l'on veut en faire usage dans ces cas, il est prudent de débuter par les antiphlogistiques, faute de quoi les accidents peuvent s'exaspérer. Pour n'avoir pas eu recours, en premier lieu, à une application de sangsues sur le col, j'ai été obligé récemment de faire suivre le vésicatoire d'une application de sangsues qui a calmé les douleurs et les phénomènes inflammatoires.

Ai-je besoin d'ajouter que les vésicatoires ne seront pas suffisants pour amener la cicatrisation de toutes les ulcérations, que bon nombre d'entre elles, et en particulier celles à aspect fongueux et qui saignent facilement, réclament des moyens plus énergiques, souvent même la cautérisation avec la potasse caustique, et, mieux encore, avec le fer rouge?

Mais c'est assez insister sur les indications des vésicatoires sur le col; les médecins comprendront certainement que je ne viens pas proposer une panacée, un moyen applicable à tous les cas sans distinction et rendant dans tous les mêmes services. C'est seulement une ressource nouvelle que je leur offre et une ressource qui a au moins cet avantage sur quelques-uns des moyens les plus employés, qu'elle n'expose à aucun danger sérieux.

Dans le but de mettre nos confrères à même de juger de la valeur du moyen que je leur propose, je rapporterai ici quelques-unes des observations que j'ai recueillies depuis celles dans lesquelles les effets se sont montrés les plus rapides et les plus satisfaisants, jusques aux cas dans lesquels la guérison s'est fait attendre assez longtemps; ces derniers faits me paraissant encore très-concluants, en ce qu'ils montrent comment on peut échapper à la nécessité des cautérisations énergiques et profondes, même dans les cas où ces cautérisations sembleraient le plus indiquées par la nature, l'ancienneté et la résistance des accidents.

Obs. I. *Affection utérine datant de sept mois (abaissement considérable avec antéversion; hypertrophie du col et du corps; rougeur et granulations du col); sensibilité très-vive dans les mouvements; application de deux vésicatoires; guérison des accidents utérins en moins d'un mois.* — Grual (Thérèse) cotonnière, âgée de quarante-six ans, femme robuste et bien portante habituellement, réglée depuis l'âge de onze ans, et mère de quatre enfants dont le dernier a huit ans, n'a eu d'autre maladie que des accidents inflammatoires du côté de l'utérus, à la suite de sa deuxième grossesse. Ces accidents se sont dissipés après onze mois; la malade a eu, quelques mois après, son troisième enfant, et depuis cette époque, n'a plus souffert de l'utérus; toutefois, les règles sont restées irrégulières et douloureuses; les rapports sexuels sont devenus douloureux, et la malade a la sensation d'un corps qui est repoussé par l'organe copulateur.

Il y a sept mois, cette femme s'est aperçue d'une leucorrhée très-abondante, avec sensation de cuisson à la partie interne de la vulve, principalement du

côté gauche. Un mois après, douleurs à l'hypogastre et dans le côté gauche du bas-ventre; pâleur, amaigrissement; cuisson très-vive en urinant; constipation de plus en plus rebelle; la constipation était une habitude chez la malade, mais depuis dix mois elle avait beaucoup augmenté. Depuis cinq ou six mois également, les règles s'étaient dérangées, revenant tous les quinze jours et moitié plus abondantes que par le passé; rapports sexuels de plus en plus douloureux. Du reste, pas de trouble dans les fonctions de l'estomac; bon appétit, meilleur même qu'en santé; digestions faciles et sans douleur. Couchée, la malade souffrait très-peu; mais aussitôt qu'elle était debout, les douleurs reparaissaient dans le bas-ventre, et l'écoulement s'échappait en abondance au dehors, avec sensation de cuisson à la vulve. Travaillant toujours debout, la malade voyait naturellement son état s'aggraver de jour en jour, elle entra dans mon service le 21 avril (salle Sainte-Thérèse, nº 30).

Le toucher vint confirmer plusieurs des renseignements donnés par la malade: utérus très-fortement abaissé, reposant par son col sur le périnée, lorsque la malade était debout, très-volumineux, le col surtout, qui est dur, irrégulier et inégal; sensibilité très-vive dans les mouvements imprimés à l'organe. Antéversion très-prononcée. Le spéculum montrait le col extrêmement volumineux, avec de la rougeur et quelques granulations dans le champ de l'orifice.

Le 25, application d'un vésicatoire sur le col. Les règles paraissent le lendemain, en avance de quinze jours, comme d'habitude, mais pas plus douloureuses; le vésicatoire avait déterminé de la cuisson et un abondant écoulement séreux. Les règles cessèrent le 1er mai; mais cette fois elles ne furent pas remplacées par l'écoulement leucorrhéique, et les douleurs avaient complétement disparu. La rougeur et l'épaississement de l'épithélium indiquaient encore sur la lèvre postérieure le point où le vésicatoire avait pris; sur la lèvre antérieure, la cicatrisation en était presque complète. Le col de l'utérus avait sensiblement diminué de volume. (Application d'un second vésicatoire sur le col de l'utérus.)

5 mai. Le second vésicatoire a déterminé un abondant écoulement séreux et a provoqué des coliques autour de l'ombilic. Le soulagement est plus marqué encore qu'après le premier; la sensation de pesanteur dans le ventre a disparu, et la malade n'éprouve plus qu'une cuisson intérieure. (Pansements avec l'amidon les jours suivants.)

La malade va de mieux en mieux; pour augmenter ses forces, je lui fais prendre tous les jours des douches froides, à partir du 12 mai. Elle sort complétement débarrassée de ses douleurs et en très-bon état de santé le 19 mai, le col de l'utérus conservant encore du volume, mais ayant très-sensiblement perdu de celui qu'il offrait au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

L'observation suivante montre les accidents résistant davantage aux applications des vésicatoires; mais elle est surtout intéressante en ce que c'est un des faits dans lesquels je me suis efforcé d'abandonner les vésicatoires sur le col à leur propre activité; à peine si la malade a pris quelques bains de temps en temps.

Obs. II. *Affection utérine datant de trois ans (utérus abaissé et très-volumineux, avec sensibilité dans les mouvements; ulcération eczémateuse du col hypertrophié); application de cinq vésicatoires sur le col, guérison en deux mois.* — Carbonnel (Françoise), âgée de quarante-cinq ans, couturière, entre

dans mon service (salle Sainte-Thérèse, n° 34) le 13 mars 1856. Forte et robuste constitution, tempérament lymphatique, rarement malade. Réglée depuis l'âge de quatorze ans, elle a continué à l'être régulièrement et sans douleur jusque dans ces derniers temps. Elle a eu sept enfants, le dernier il y a huit ans; ses couches ont été heureuses et sans accidents. Depuis trois ans, elle éprouve des douleurs sourdes dans le bas-ventre et de la pesanteur dans les reins. Ces phénomènes ont beaucoup augmenté depuis un an. Le ventre est devenu gros et dur ; les digestions ont perdu de leur facilité et de leur régularité ; l'épigastre gonflait pendant la digestion stomacale; les garde-robes sont devenues difficiles ; depuis quelques mois enfin, les règles sont précédées pendant trois jours de coliques sourdes. Toutefois, après avoir été laborieuses et difficiles, les digestions se sont améliorées depuis quatre mois, et parallèlement à cette amélioration, la malade a passé d'un état de maigreur très-prononcé à un embonpoint considérable.

L'aspect de cette femme est loin de traduire un état de souffrance aussi prolongé que celui qu'elle a subi en réalité. La coloration est bonne, l'embonpoint plus qu'ordinaire, toutes les fonctions de l'économie s'accomplissent parfaitement. La malade souffre très-peu quand elle est couchée; mais dès qu'elle est debout, sensation de pesanteur sur le siége comme si un corps volumineux voulait s'échapper par le vagin, et de plus, sensation de resserrement à la base des reins et du bas-ventre. Utérus abaissé, médiocrement mobile, très-douloureux dans les mouvements; col et corps très-volumineux. Au toucher, le col est inégal, un peu velouté, l'orifice entr'ouvert. Rougeur très-vive à l'entrée du vagin, diminuant à mesure qu'on s'éloigne de la vulve ; la partie supérieure de ce conduit est un peu pâle. Ulcération pointillée, comme eczémateuse, sur la lèvre antérieure du col, qui est volumineux. — Bains, cataplasmes émollients, injections de feuilles de noyer pendant les premiers jours et application d'un vésicatoire sur le col de l'utérus, le 24 mars.

Le vésicatoire détermine de l'épaississement de l'épithélium sur les surfaces qui l'ont encore conservé. Pansements avec l'amidon les jours suivants. Pas d'amélioration. Application d'un second vésicatoire sur le col, le 31 mars. Pas encore d'amélioration. La malade aggrave en outre son état en se levant dans les premiers jours d'avril. Troisième vésicatoire sur le col le 11 avril. Cette fois, les douleurs sont un peu moindres dès le lendemain et la pesanteur diminue dans le ventre. La lèvre antérieure du col est le siége d'une exulcération d'un rouge très-vif. L'amélioration est encore plus marquée quelques jours après; mais le col restant volumineux, un quatrième vésicatoire est appliqué le 16 avril. Pansements les jours suivants avec de l'amidon et plus tard avec 50 centigr. d'alun et la poudre d'amidon.

La pesanteur diminue de jour en jour dans le bas-ventre; le 30 avril, elle n'en éprouve plus qu'à de longs intervalles. Le col est en meilleur état; moins de rougeur au pourtour de l'orifice. Pansements tous les deux jours avec l'alun et l'amidon. Le 5 mai, la malade ne conserve plus qu'une sensation de contact sur le siége; ni douleur ni pesanteur ; la rougeur persiste très-vive avec l'ulcération. Le traitement est interrompu pendant quelques jours, à cause d'une violente angine tonsillaire.

Le 12 mai, la sensation de contact sur l'anus persiste, toujours une petite ulcération sur le col Application d'un cinquième vésicatoire sur le col; le vésicatoire est laissé en contact avec celui-ci pendant quarante-huit heures. Effets ordinaires, mais plus marqués : épaississement de l'épithélium, rougeur très-vive

de l'ulcération; en revanche, toute sensation douloureuse a disparu. Pansements tous les deux jours avec l'amidon.

La malade quitte l'hôpital en bon état le 26 mai, ne souffrant plus nulle part, mais conservant de la rougeur sur le col utérin, qui reste encore volumineux.

L'observation qu'on va lire paraîtra peut-être moins favorable aux vésicatoires, puisque la guérison s'est fait un peu plus longtemps attendre; mais elle n'en a pas moins eu lieu, et les douches froides et ascendantes, si elles sont venues en aide aux applications de vésicatoires, n'en obscureissent pas assez les effets pour qu'on ne puisse suivre leur influence sur la diminution de volume de l'organe et sur la cicatrisation de l'ulcération.

Obs. III. *Affection utérine datant de deux ou trois ans (antéversion et antéflexion; sensibilité très-vive dans les mouvements; col volumineux; exulcération grisâtre pénétrant dans l'orifice du col), application de cinq vésicatoires; douches froides et douches ascendantes; guérison en près de trois mois.* — Bonniau (Françoise), âgée de trente-sept ans, couturière, entre dans mon service le 5 mai dernier (salle Sainte-Thérèse, n° 33). Cette femme, d'une forte et robuste constitution, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une santé habituellement bonne, réglée à l'âge de treize à quatorze ans, et mère de deux enfants, n'a jamais eu d'autre maladie que des douleurs dans le ventre, à la suite de sa deuxième couche, il y a douze ans, accidents qui ont nécessité deux applications de sangsues et qui avaient complétement disparu un mois après. Il y a deux ou trois ans, elle a commencé à éprouver de temps à autre, sans cause connue, des élancements très-vifs dans la fosse iliaque droite, au-dessus du pli de l'aine, si vifs même, qu'ils lui arrachaient parfois des cris. En même temps, elle s'est aperçue de flueurs blanches assez abondantes, et qui augmentaient encore à l'époque des règles. Ces dernières, à leur tour, sont devenues douloureuses, il y a cinq ou six mois; pendant deux ou trois jours, elles étaient précédées, accompagnées et suivies de douleurs et d'élancements dans les reins et le bas-ventre; dans l'intervalle des règles, la malade ne souffrait pas; mais, depuis trois mois, elle conserve pendant cet intervalle une douleur sourde dans le bas-ventre et dans les reins, avec engourdissement dans la cuisse gauche, à sa partie interne. Depuis la même époque, sa santé s'altère, elle a maigri, a perdu sa force et sa bonne coloration; depuis la même époque, les digestions sont devenues lentes et paresseuses, accompagnées de gonflement de l'estomac, et la constipation, habituelle chez la malade, est devenue encore plus rebelle; la miction elle-même est accompagnée de cuisson au moment du passage de l'urine, et de douleurs dans le ventre, lorsqu'elle est terminée.

La malade a encore assez d'embonpoint, mais la coloration est pâle et jaunâtre. Pouls faible, 84 pulsations à la minute; palpitations de cœur de temps en temps en montant les escaliers; trace de bruit de souffle dans les vaisseaux du cou; maux de tête quand elle est debout; sensibilité à la pression de la région épigastrique, de l'hypogastre et des fosses iliaques, de la droite principalement. La malade souffre couchée et debout; douleurs dans les reins et dans les côtés du ventre, surtout à droite. Le toucher fait reconnaître le col volumineux dirigé un peu avant, mais moins que le corps de l'organe (antéversion et antéflexion). L'utérus est mobile, mais le col et le corps sont sensibles au toucher; douleur très-vive dans les mouvements imprimés à l'organe. Ces carac-

tères se retrouvent quand la malade est touchée couchée ou debout. Le spéculum confirme le renseignement fourni par le toucher, relativement à l'augmentation de volume du col, et montre de plus une exulcération grisâtre, plus étendue sur la lèvre inférieure du col que sur la supérieure, pénétrant dans la cavité du col. Traitement : repos au lit, bain tiède, lavements et cataplasmes émollients, injections avec la décoction de feuilles de noyer; trois portions.

Le 9 mars, la malade est examinée de nouveau ; même état local et général. Application d'un vésicatoire sur le col de l'utérus. Ce vésicatoire détermine un écoulement aqueux très-abondant ; il épaissit et rend opaque l'épithélium ; mais il ne modifie pas sensiblement l'ulcération, qui reste grisâtre. Pansements du col avec la poudre d'amidon, le 12 et le 14. Dans l'intervalle, je prescris une douche froide tous les matins et la douche ascendante pour faire cesser la constipation. Le 17, il y a déjà de l'amélioration ; l'ulcération est moins étendue, le col reste volumineux. (Vésicatoire sur le col.) Cette fois, le vésicatoire ranime l'ulcération, et le col tout entier prend une coloration d'un rouge vif, l'épithélium est enlevé dans une plus grande étendue que celle de l'ulcération. Pansements avec l'amidon.

La constipation résista à la douche ascendante comme aux purgatifs doux ; il fallut donner, le 22, de l'huile de croton-tiglium (2 gouttes dans 30 grammes d'huile de ricin). Le 24, l'épithélium était en grande partie reformé ; le col restait rouge. (Pansement avec alun 50 centigrammes et amidon.) Le 26, la malade accuse des élancements dans le côté droit du ventre ; le col est encore un peu rouge ; l'ulcération considérablement réduite dans ses dimensions (Vésicatoire sur le col utérin.) La douleur est enlevée immédiatement par le vésicatoire, qui a pris sur la lèvre inférieure. Le lendemain, les règles paraissent sans douleur, et durent quatre jours ; la malade souffre à la suite, et le 1er avril, nous trouvons le col volumineux ; une rougeur diffuse indique l'endroit où le vésicatoire a été appliqué. (Pansement avec 15 gouttes de laudanum et poudre d'amidon.) Le 6 avril, à la suite de l'administration de deux lavements, qui n'ont pas triomphé de la constipation, la malade est prise de douleurs très-vives dans le ventre, et elles se prolongent encore le lendemain, bien que moindres. L'huile de croton et l'huile de ricin font disparaître ces accidents. (Pansements tous les deux jours avec l'amidon ou avec l'alun et l'arnica.)

Dès le 14, l'amélioration commence à se dessiner et fait de jour en jour des progrès. Le 18, la malade dit ne plus souffrir, et bien que le col reste volumineux, l'ulcération est guérie. Les règles paraissent le 22, avec quelques douleurs assez légères, cependant, mais elles ne durent qu'un jour ; aussi la douleur est-elle assez vive dans la fosse iliaque droite. (Vésicatoire sur le col.) Soulagement très-marqué ; la malade n'a plus qu'une sensation de chaleur et de brûlure dans les reins. Ce vésicatoire prend mieux encore que les autres, et produit une ulcération sur les deux lèvres du col ; mais cette ulcération artificielle reste grisâtre, et le col étant encore volumineux, je prescris un cinquième vésicatoire le 2 mai. Pansements les jours suivants avec l'alun et l'amidon.

Sous l'influence de ces pansements, la rougeur diminue et l'épithélium se reproduit, mais la cicatrisation n'est complète que vers le 14, et la rougeur persiste encore quelques jours ; dans l'intervalle, on voit de jour en jour diminuer la sensibilité que la malade éprouve dans la région des reins. Une application de collodion ordinaire sur le col achève de faire disparaître la rougeur, et la malade quitte l'hôpital le 2 juin, ne conservant qu'un peu de sensibilité vers la

région des reins. Les douches froides ont été continuées avec persistance, des bains tièdes administrés de temps en temps. A sa sortie, la malade avait parfaitement repris ses forces, sa coloration et son embonpoint ; les fonctions digestives étaient régulières et normales ; elle restait seulement disposée à la constipation.

Je termine par celle de mes observations dans lesquelles les effets des vésicatoires ont dépassé toute attente et ont amené la guérison dans un cas dans lequel l'état général était au moins aussi défavorable que l'état local. Ce triomphe des vésicatoires est surtout marqué dans l'état local, tandis que l'hydrothérapie a à réclamer une bonne part dans l'espèce de résurrection de notre malade.

Obs. IV. *Affection utérine datant de vingt-cinq ans (rétroversion et rétroflexion, avec abaissement et énorme hypertrophie du col et du corps ; ulcération très-étendue du col ; sensibilité très-vive dans les mouvements ; altération profonde de la santé générale) ; application de cinq vésicatoires sur le col ; drap mouillé et douches froides ; guérison en neuf semaines.* — Funtaine (Adèle), âgée de quarante-six ans, cravatière, entre dans mon service le 14 janvier 1856 (salle Sainte-Thérèse, nº 5). C'est une femme réduite au plus triste état de santé par vingt-cinq années de souffrances et de maladie : face très-pâle et un peu amaigrie ; chairs molles et flasques ; grande faiblesse ; pouls extrêmement faible (soixante-douze pulsations) ; essoufflement et fatigue en montant les escaliers ; pas de palpitation de cœur, mais le premier bruit prolongé à la base et trace de souffle intermittent dans les vaisseaux du cou ; perte d'appétit, bouche pâteuse, digestion lente et difficile, renvois, constipations ; impressionnabilité très-grande ; syncopes fréquentes. Couchée, la malade souffre peu ; mais dès qu'elle est debout, aux symptômes dont nous venons de parler s'ajoutent de la pesanteur dans le bas-ventre, une sensation de barre dans le bassin. Sensibilité à la pression de l'hypogastre et de la fosse iliaque gauche. Au toucher, vagin un peu chaud ; col de l'utérus extrêmement volumineux, ses deux lèvres fortement étalées en avant ; le corps précipité en arrière, en rétroversion avec un sillon transversal très-marqué à la réunion du col et du corps (rétroflexion). Le corps lui-même est volumineux ; l'organe tout entier est lourd et médiocrement mobile. Le toucher rectal confirme les données fournies par le toucher vaginal ; le corps de l'utérus, porté fortement en arrière dans la concavité du sacrum, oblitère presque le rectum. L'organe tout entier est fortement abaissé ; le col, rapproché de la vulve, peut être aperçu en écartant les lèvres de celle-ci. On constate alors, et mieux encore avec le spéculum quadrivalve, qui peut à peine le recevoir dans l'écartement de ses branches, l'énorme développement du col, qui mesure près de 5 centimètres d'avant en arrière sur 4 transversalement, et dont les deux lèvres sont le siége d'une ulcération un peu grisâtre, à bords nettement tranchés et irréguliers, qui porte sur les deux lèvres également, dans une étendue de près de 2 centimètres en tout sens, et pénètre dans la cavité du col, par lequel s'échappe un peu de mucus.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, cette malade fait remonter le début de son affection à vingt-cinq années. D'une constitution médiocrement forte, d'un tempérament lymphatique, réglée à l âge de dix-sept ans, mariée un an après, elle a eu un enfant à l'âge de dix-neuf ans. L'enfant était très-volumineux ; l'accouchement a été long et difficile. Elle s'est levée au huitième ou neuvième jour, et immédiatement elle a éprouvé de la pesanteur dans le bas-ventre, une

sensation comme d'un corps qui voudrait s'échapper du bassin, un peu de difficulté pour aller à la selle. Un an après la couche, probablement à la suite de fatigues, la malade a été prise de douleurs très-vives dans le bas-ventre, avec fièvre, nausées, vomissements. Des bains, des cataplasmes, des sangsues ont fait justice de ces accidents; mais depuis cette époque, la malade souffre continuellement dans le bas-ventre et dans les reins : pesanteur très-marquée, surtout à l'époque des règles; rapports sexuels douloureux de temps en temps. De cette époque également date l'affaiblissement de la santé générale : trouble dans la digestion ; maux d'estomac de temps en temps, digestions lentes et paresseuses, avec des renvois; constipation; amaigrissement et perte de sa bonne coloration ; impressionnabilité très-grande. Il y a deux ans et demi, à la suite d'un grand chagrin domestique, les douleurs ont augmenté dans le ventre; la malade a négligé son alimentation ; elle a pâli, maigri de plus en plus, et a fini par tomber dans un affaiblissement profond. C'est alors que, vaincue par la souffrance et la maladie, elle est allée consulter un de nos confrères, qui a bien voulu me l'adresser.

Bien que ce cas ne me parût pas très-favorable à l'emploi des vésicatoires, les effets que j'en avais obtenus chez d'autres malades m'engagèrent à en faire usage chez celle-ci. En conséquence, un vésicatoire fut appliqué le 17 janvier sur le col de l'utérus. J'aurais voulu, pour relever les forces de la malade, la soumettre à l'emploi des douches froides; mais tel était son état de faiblesse qu'il n'y avait pas à y songer. Je dus m'en tenir pendant quelques jours à des frictions avec le drap mouillé, de trois à cinq minutes de durée, d'abord tous les matins, puis matin et soir. Le 21, les règles parurent, et le traitement fut suspendu jusqu'au 25. Ce jour-là, je constatai que la surface ulcérée du col était d'un rouge plus vif; le col lui-même semblait avoir diminué de volume. (Application d'un deuxième vésicatoire, pansé pendant quelques jours, comme le précédent, avec de la poudre d'amidon.)

Le 30, amélioration déjà très-marquée dans l'état général. Les forces reviennent; l'ulcération du col diminue rapidement d'étendue. Le 4 février, la sensation de pesanteur a diminué; mais l'ulcération n'est pas guérie et le col est toujours volumineux. (Application d'un troisième vésicatoire sur le col utérin, pansé comme les précédents avec de l'amidon.)

Le 8, la malade ne souffre plus dans le bas-ventre ni dans les reins. Les règles paraissent le lendemain, et leur apparition coïncide avec une éruption d'érythème noueux sur les membres inférieurs. Le 15, la coloration de l'ulcération est plus pâle que d'habitude. (Quatrième vésicatoire sur le col.)

Le 18, la malade va de mieux en mieux; elle se sent assez forte pour descendre et aller prendre les douches froides le matin; on continue le drap mouillé le soir. Le vésicatoire ranime l'ulcération et la fait passer au rouge vif. Pansements avec l'amidon et plus tard avec le collodion iodique. Le 22, le col est encore très-volumineux; l'ulcération, d'un rouge très-vif, se dessine sur la coloration pâle du reste du col. (Cinquième vésicatoire sur le col.) Ce vésicatoire détermine moins de douleur et d'écoulement que les précédents. Amélioration de plus en plus marquée; la malade ne souffre plus dans les reins et seulement un peu dans le bas-ventre, quand elle est couchée sur le côté droit; elle ne souffre nullement quand elle est debout et moins encore peut-être que lorsqu'elle est couchée. Le col de l'utérus a sensiblement diminué de volume; ulcération d'un rouge très-vif, principalement sur la lèvre inférieure. Le 27, il ne reste plus qu'un peu de sensibilité de l'abdomen. Pansée jusque-là avec la poudre

d'amidon, l'ulcération est traitée par les applications de collodion iodique ; elle diminue de jour en jour et est en voie très-marquée de cicatrisation. Le 5 mars, la cicatrisation est presque complète. Les jours suivants, les règles étant en retard de quelques jours, la malade souffre quelque peu dans l'aine droite et l'ulcération s'étend un peu, toujours d'un rouge très-vif; mais ces douleurs ne durent pas, et le 22 mars, l'examen pratiqué après la cessation des règles montre le col en très-bon état, quoique encore volumineux, pâle et presque entièrement cicatrisé, sauf dans l'étendue de quelques lignes au pourtour de l'orifice, inférieurement. Le 24, la cicatrisation est parfaite et la malade quitte l'hôpital le 27 mars dans un état de santé générale si parfait que depuis huit jours elle descend continuellement au jardin, y passe plusieurs heures à se promener et a même pu *danser à la corde*, conservant néanmoins sa rétroversion et rétroflexion avec un col volumineux, qui mesure près de quatre centimètres en tous sens.

Malheureusement pour cette femme, à peine sortie de l'hôpital, forcée de soigner son mari malade, elle est restée debout toute la journée, obligée de vaquer seule à toutes les occupations du ménage. Aussi huit jours ne s'étaient pas écoulés qu'elle commençait à éprouver de nouveau des douleurs sourdes dans le bas-ventre et à perdre de son embonpoint et de sa bonne coloration. Une éruption de psoriasis s'étant ajoutée à ces accidents, la malade rentre le 12 mai et je constate que le col de l'utérus est peut-être un peu plus volumineux qu'à la sortie de la malade, mais non ulcéré. La coloration particulière ou plaques du psoriasis et la présence du chapelet ganglionnaire de la partie postérieure du cou m'ont engagé à ajouter à l'emploi des douches froides l'usage des iodiques. La malade sort en très bon état le 9 juin; l'éruption a presque disparu; les ganglions persistent, peut-être moins développés.

Je pourrais grossir encore le nombre de ces observations sans apporter de nouvelles lumières et des preuves plus concluantes; j'espère, et mon espérance ne sera peut-être pas trompée, que les observations qu'on vient de lire auront fait passer dans l'esprit du lecteur la conviction profonde que six mois d'expériences multipliées n'ont fait que fortifier en moi, relativement à l'efficacité des vésicatoires sur le col de l'utérus dans le traitement des affections de cet organe, et je me bornerai, en terminant, à résumer ce travail dans les propositions suivantes :

1° Les vésicatoires peuvent être appliqués sur le col de l'utérus, et leur application y détermine des phénomènes analogues à ceux dont elle est suivie sur les parties extérieures du corps;

2° L'application des vésicatoires sur le col ne donne lieu à aucune espèce d'accidents ni vers l'utérus, ni vers les organes voisins, pas même vers la vessie;

3° Les vésicatoires appliqués sur le col peuvent rendre des services dans la thérapeutique des affections utérines, principalement dans les affections chroniques, comme moyen : 1° de calmer et de faire disparaître la douleur, quels que soient sa forme et son caractère,

qu'elle soit idiopathique ou symptomatique d'une altération quelconque de l'organe autre que le cancer ; 2° de faire diminuer et même de faire disparaître les engorgements hypertrophiques de l'organe avec ou sans induration ; 3° de modifier topiquement les surfaces malades du col (érosions, ulcérations, granulations, etc.), et de les amener rapidement à cicatrisation. Docteur ARAN.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du bittéra, nouveau médicament fébrifuge proposé aux Antilles françaises, comme succédané du quinquina.

Par le docteur J. DELIOUX, professeur à l'École de médecine navale de Brest.

Suite (1).

V. *Doses et modes d'administration.* — On ne nous paraît pas avoir assez nettement déterminé les doses auxquelles doivent s'administrer les préparations de bittéra, ni le temps pendant lequel ces doses doivent être continuées.

Ainsi, dans leur mémoire en date du 26 novembre 1854, MM. Amic et Chapuis disent que les doses qu'ils ont prescrites étaient, en général, un peu moindres que celles des préparations correspondantes du quinquina, et ils s'expriment ainsi :

« L'extrait a été donné à la dose de 2 à 3 grammes au plus, en deux ou trois jours, et pour le principe amer, nous n'avons guère dépassé 1 gramme. »

Mais nous puisons des indications différentes et en même temps plus précises dans deux lettres écrites ultérieurement par M. Amic à l'un de nos collègues et à nous-même, et nous nous croyons autorisé à les présenter comme l'expression de la pratique actuelle du médecin en chef de la Martinique. Voici en quoi consisteraient les doses de bittéra et leur mode d'administration dans les fièvres de la colonie :

1° Extrait aqueux de bittéra :

Huit pilules de 30 centigrammes chacune, soit, en tout, 2 gr. 40 centig. dans l'apyrexie, le premier jour, de demi en demi-heure.

Même dose le deuxième jour. Quatre pilules le troisième jour.

Cela suffit pour enrayer la fièvre.

2° Poudre du bois :

---

(1) Voir le numéro précédent, p. 20.

Elle s'administre de 4 à 6 grammes, en quatre paquets, dans un peu d'eau ou de bière, de deux en deux heures.

La même dose est continuée pendant trois jours, et la fièvre ne revient plus.

3° La bittérine s'administre à la dose de 60 à 70 centigr., dans quatre cuillerées d'eau gommée, de trois quarts en trois quarts d'heure.

Même dose le deuxième jour.

Le troisième, 30 centigrammes seulement.

Ce traitement suffit toujours pour faire cesser entièrement la fièvre. Ordinairement même la fièvre cesse à la seconde dose.

4° Teinture alcoolique.

On l'emploie chez les individus atteints de chloro-anémie avec fièvre; la dose a été de quatre cuillerées, de deux en deux heures, et répétée pendant deux ou trois jours.

Nous croyons devoir comprendre et établir autrement la posologie du bittéra.

La plupart des fébrifuges se prescrivent dans l'apyrexie, à doses fractionnées, peu d'heures avant l'accès. Ainsi agissent, en supprimant l'accès à venir, les fébrifuges puissants; mais les fébrifuges incertains, faibles, et notamment ceux qui appartiennent à la classe des toniques amers, ont besoin, nous l'avons souvent remarqué, d'un emploi plus long et plus soutenu. Ainsi, par exemple, dans les fièvres tierces ou quartes, il suffira, la plupart du temps, de prescrire la quinine quelques heures avant celle présumée du paroxysme, en peu de doses rapprochées ou même en une seule dose, laissant le malade sans autre médication pendant le reste du temps d'apyrexie, tandis que les succédanés de la quinine agissent généralement mieux lorsqu'ils sont consommés pendant un plus long temps de l'apyrexie, même pendant toute la durée du calme intercalaire aux accès; il semble que l'influence soutenue du médicament, la continuité de son administration suppléent ou viennent en aide à ce qui lui manque de force curative. C'est un effet très-facile à vérifier dans l'emploi des amers : donnez-en, même une grande dose, peu avant l'invasion d'un paroxysme fébrile, vous aurez infiniment moins de chances de le supprimer ou de le modérer que si vous aviez tenu préalablement l'économie sous le coup d'une modification faible, il est vrai, lente, mais constante; et si en même temps le médicament jouit de ce pouvoir reconstituant et tonique qui partout, par un mode inexplicable, mais certain pourtant, s'unit aux propriétés amères, ce médicament, autant en réconfortant l'organisme qu'en y déterminant cette modification répulsive du périodisme,

aussi inexpliquée que cette union mystérieuse que nous rappellions tout à l'heure, apportera, par la somme des actions faibles de doses multiples, un bénéfice de résistance contre laquelle pourra, dans quelques cas, s'épuiser la tendance des accès à se reproduire. Or, nous regrettons de le dire pour ceux qui ont fondé de grandes espérances sur la puissance antipériodique du bittéra, celui-ci ne nous paraît appelé à se classer que dans les toniques amers, dans les meilleurs peut-être, mais non à entrer en partage avec le quinquina dans le traitement des maladies périodiques, surtout lorsqu'elles auront été prises au foyer d'un empoisonnement miasmatique.

Nous ne pouvons donc pas dire : telle dose absolue en tant de jours coupera la fièvre, car nous n'avons point obtenu des résultats qui nous permettent de formuler des préceptes et surtout des promesses telles que celles de M. Amic, que nous avons dû souligner plus haut, pour les caractériser comme citation et les placer en dehors de notre responsabilité. Dans nos expériences sur le bittéra, nous avons obtenu plus de succès de son emploi continu pendant l'apyrexie que de doses pressées avant l'accès. Nous pensons donc que si, dans quelques circonstances, on peut donner les préparations de bittéra, et surtout la bittérine, seulement avant l'accès, comme l'on fait pour le sulfate de quinine, la plupart du temps il vaudra mieux insister sur leur usage pendant toute l'apyrexie, les donner tous les jours dans l'intervalle des accès tierces, quartes, ou plus éloignés, en forçant, si l'on veut, la dose peu avant le paroxysme attendu. Il faudra enfin continuer le médicament plusieurs jours après la cessation de la fièvre pour prévenir les récidives, et plus longtemps encore, si l'on désire le faire servir comme tonique et parer avec son aide aux chloro-anémies, compagnes si fréquentes des maladies paludéennes.

Quant à la quantité de la dose, on peut prendre pour types celles que nous avons spécifiées comme appartenant à la pratique de M. le docteur Amic. On verra d'ailleurs, dans la relation de quelques observations qui vont suivre, comment nous avons conduit la médication ; on remarquera : 1° que si nous n'avons pas toujours prescrit entre chaque accès des doses aussi élevées que celles employées dans le même temps par notre collègue, du moins dans l'ensemble du traitement, nous avons été amené à consommer plus de bittéra qu'il ne lui en aurait fallu pour réduire une fièvre intermittente ; 2° que nous n'avons employé que l'extrait de bittéra.

Nous n'avons point eu à notre disposition assez de bittérine pour

en faire l'objet d'expériences concluantes, que nous sommes tout disposé à entreprendre aussitôt que l'on nous fournira des quantités suffisantes de ce principe; mais, nous le répétons, il est urgent que l'on modifie, que l'on perfectionne les procédés d'extraction de la bittérine, car jusque-là les pharmaciens reculeront devant des opérations longues et coûteuses, qui ne conduisent qu'à des résultats peu avantageux.

Enfin, nous réservons pour des expériences ultérieures, que nous nous empresserons de faire connaître si ce premier mémoire a été jugé digne de quelque intérêt, l'étude comparative des autres préparations de bittéra et la détermination des règles pharmacologiques qui doivent présider à leur composition. En attendant, l'extrait aqueux de bittéra, qui nous paraît résumer toutes les propriétés actives du végétal, suffisait pour faire apprécier ces propriétés et servir de base à nos premières expériences.

VI. *Propriétés physiologiques.*—Nos connaissances ne sont point encore précises sur ce point. Voici pour le moment tout ce que nous pouvons en dire, d'après notre expérience personnelle; nous avons trouvé peu de chose à cet égard dans les documents qui nous ont été communiqués.

Les médicaments antipériodiques devraient être au nombre de ceux dont l'action physiologique serait la plus facile à apprécier. En effet, ils sont généralement administrés dans l'intervalle apyrétique, c'est-à-dire dans un moment où nul phénomène pathologique apparent ne vient troubler l'expression de l'action médicamenteuse; alors l'effet thérapeutique n'est pas encore produit, la symptomatologie morbide fait relâche, les *symptômes du médicament* peuvent se dessiner de la façon la plus nette et la plus tranchée qu'il soit possible. Et cependant, la plupart du temps, les antipériodiques conduisent au but que l'on recherche, sans manifester au préalable aucune action physiologique appréciable, ni pour le sujet ni pour l'observateur. Il en est de même du bittéra; du moins aux doses thérapeutiques que nous avons expérimentées, nous n'avons été à même de saisir aucune relation entre l'ingestion du médicament et son effet curatif. En serait-il de même en forçant les doses; à quel degré et de quelle manière pourraient-elles devenir nuisibles? Nous ne l'avons pas encore appris. Il paraît, toutefois, qu'une certaine réserve doit être recommandée dans l'emploi du bittéra, en tenant compte de ce fait qui nous a été affirmé par un médecin de la marine. Un malade, atteint d'une fièvre intermittente grave, n'en guérissait pas avec les doses habituelles du nouveau fébrifuge; on les

éleva dans une forte progression (on n'a pu nous préciser le chiffre); les accès furent suspendus, et il advint une très-vive irritation gastro-intestinale, qui fut imputée au bittéra.

Si la bittérine possède toute l'énergie thérapeutique qu'on lui a attribuée, dans la cure des fièvres intermittentes; si, en outre, cette énergie s'exerce dans un autre sens contre les névralgies et les coliques sèches, selon le témoignage de M. Amic, dont nous aurons à reparler, il est bien probable que cette substance a une action physiologique constatable, peut-être même une action toxique à un certain degré. Dans quelques cas, suivant MM. Amic et Chapuis, la bittérine a déterminé de légers bourdonnements d'oreilles; une seule fois, après une dose assez forte, elle a produit un peu de surdité; mais en toutes circonstances, son action sur les centres nerveux a été plus faible que celle du sulfate de quinine. La plupart du temps elle est presque nulle; aucun malade n'a eu à se plaindre de son action irritante sur la muqueuse gastrique.

Il reste donc de nombreux *desiderata* à élucider dans l'histoire du bittéra et de ses préparations; des expériences, faites à la fois sur l'homme sain, sur l'homme malade et sur les animaux, pourront seules combler ces lacunes dans l'étude d'un médicament trop récemment introduit dans la pratique médicale pour que l'on soit en droit d'exiger dès aujourd'hui une connaissance complète de toutes ses propriétés.

Ainsi, à la dose de 1 à 2 grammes, l'extrait de bittéra ne développe aucune sensation insolite chez le sujet en observation; les grandes fonctions organiques ne semblent pas immédiatement modifiées. Mais si l'on continue pendant un certain temps son usage, sans recourir simultanément à aucun autre médicament qui puisse obscurcir les résultats d'une observation exclusivement consacrée au bittéra, on voit chez les individus débilités et anémiques la nutrition reprendre sa vigueur et réparer dans les tissus et dans les humeurs l'appauvrissement, la langueur, les désordres déterminés par la maladie, supportés par une convalescence sans force réactionnelle, ou perpétués par une chronicité sans issue. Or, se comporter ainsi, c'est avoir l'action physiologique des toniques reconstituants; stimulation des fonctions digestives et assimilatrices, de l'hématose, de la caloricité, de la force musculaire, apaisement de la mobilité nerveuse, effets qui ne sont pas moins visibles pour être lents que l'instanéitanité des phénomènes provoqués par d'autres modificateurs plus impatients d'agir. A ce point de vue, le bittéra a donc virtuellement une action physiogique, patente et incontestable. *(La suite à un prochain numéro.)*

Formule pour l'emploi du brome contre les affections pseudo-membraneuses.

En rendant compte dans notre dernier numéro (p. 35) des résultats obtenus par M. Ozanam dans le traitement du muguet et du croup à l'aide du brome, nous exprimions le regret que cet expérimentateur n'eût pas fait connaître les doses auxquelles il avait employé le nouveau médicament. La formule suivante, que nous trouvons dans le Répertoire de Pharmacie, nous permet de combler la lacune que nous signalions dans le travail de notre confrère.

Brome...........................	5 à 50 centigrammes.
Potion gommeuse.................	150 grammes.

F. S. A. Conserver dans l'obscurité, à prendre dans la journée. Le bromure de potassium, suivant M. Ozanam, agit très-bien et aux mêmes doses.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observations de médecine pratique.

La leçon que M. le professeur Trousseau a consacrée aux vertiges nerveux sympathiques de troubles gastriques [1] m'a remis en mémoire un fait du même ordre que vous accueillerez, je l'espère, avec votre bienveillance accoutumée. Il ne s'agit pas cette fois de vertiges, mais d'une tendance invincible au sommeil, se manifestant après les repas et surtout après le dîner. A une autre époque et chez la même malade, l'action sympathique du centre épigastrique s'est traduite par un mouvement fébrile, et, dans les deux circonstances, l'épiphénomène a cédé comme par enchantement à la médication dirigée contre l'affection de l'estomac.

Mme X. est une jeune femme de vingt-quatre ans, d'une petite taille, d'un tempérament nerveux lymphatique. Pétillante de vivacité et d'esprit, elle ressent vivement toutes les impressions physiques et morales; elle aime le mouvement, la vie du monde, les bals, les spectacles, les dîners en ville, conséquence de sa position sociale. Elle aime aussi plus qu'il ne conviendrait à son tempérament le thé, le café et même le vin de Champagne, sans en faire abus toutefois. Ce régime a déterminé de temps en temps quelques souffrances épigastriques, quelques irrégularités de l'appétit, mais il n'existe pas de dyspepsie habituelle. On peut dire que Mme X. a un bon estomac.

Elle a eu plusieurs fausses couches, à la production desquelles on

[1] Livraison du 30 avril 1856, t. XL, p. 368.

paru prendre une grande part des attaques de névralgies lombo-abdominales ou lombo-utérines auxquelles elle est sujette. Ces névralgies ont plusieurs fois changé de siége; elles ont occupé le front et là, comme aux lombes et dans le bassin, certaines attaques ont présenté une soudaineté et une intensité telles qu'il en est résulté des attaques de nerfs.

Dix-huit mois environ avant le développement des accidents qui font le sujet de cette note, Mme X. avait perdu une unique enfant qu'elle aimait tendrement. Cette mort avait augmenté son impressionnabilité et rendu plus fréquents quelques symptômes d'hystérie spasmodique auxquels elle était sujette, mais n'avaient pas déterminé de troubles profonds dans un organe en particulier. Il m'a fallu, en effet, interroger la malade avec soin pour reconnaître la souffrance de l'estomac et y rattacher le symptôme fatigant pour lequel j'étais consulté. A mes premières demandes, Mme X. répondait qu'elle avait bon appétit et digérait bien ; mais, en descendant dans les détails, j'appris que depuis plusieurs mois l'appétit était moins égal, moins régulier, et que la digestion stomacale s'accompagnait d'une distension flatulente de la région épigastrique et de la régurgitation de gaz inodores et sans aucun mélange d'aigreur. Il y avait, en outre, une constipation, non pas opiniâtre, mais inaccoutumée. Ainsi que je viens de le dire, ce n'est pas parce qu'elle souffrait de l'estomac que Mme X. avait réclamé mes soins ; elle voulait être débarrassée à tout prix d'une envie de dormir qui s'emparait d'elle après les repas. Il y avait environ un mois que ce besoin de sommeil avait commencé ; dans les premiers temps, le mouvement, la distraction en triomphaient; mais peu à peu il devint plus impérieux et fut poussé à un degré tel que Mme X. ne pouvait plus prendre ses repas que chez elle ou chez des amis intimes. Si elle n'avait pu se coucher sur un lit de repos et y dormir pendant deux ou trois heures, elle aurait succombé au sommeil dans le salon, et quelquefois même à table. Ce phénomène ne se produisit toutefois jamais avec une aussi grande énergie après le déjeuner qu'après le dîner.

Quoique l'action sympathique de l'estomac sur les autres viscères ne fût pas un fait nouveau pour moi et que j'eusse déjà observé de ces vertiges nerveux sur lesquels M. Trousseau a fixé l'attention de ses élèves, *vertigo hysterica seu hypochondrica* d'Etmuller, de Sauvages, de Pitcaïrn, etc., j'éprouvai, je l'avoue, un moment d'hésitation et d'embarras d'autant plus fondé que mon investigation s'étant portée successivement sur tous les foyers viscéraux, j'avais obtenu des réponses négatives. Cependant l'apparition du sommeil après l'ingestion

des aliments, son intensité et sa durée plus grandes après le plus fort repas, décelaient l'influence de l'estomac. J'interrogeai de nouveau et avec détails les phénomènes qui accompagnaient la digestion et j'obtins les renseignements que j'ai donnés plus haut, lesquels mirent fin à mes incertitudes. Le point de départ de l'aura une fois déterminé, restait à déterminer la nature de la souffrance. Je n'avais évidemment affaire ni à une gastralgie ni à une gastrodynie, puisque la digestion ne s'accompagnait d'aucune douleur appréciable ; ce n'était pas une dyspepsie convulsive, puisqu'il n'existait pas de vomissements ; ce n'était pas davantage une dyspepsie acescente ou hypercriniquo, car Mme X. n'éprouvait aucun sentiment de pyrosis, aucune régurgitation acide ou glaireuse. J'avais évidemment affaire à l'espèce spasmodico-flatulente, suivant l'expression de F. Hoffmann. Je ne crus donc pas devoir suivre les errements indiqués par MM. Bretonneau et Trousseau, c'est-à-dire avoir recours d'emblée aux amers et aux alcalins. Il me sembla que les remèdes les mieux appropriés à l'espèce morbide étaient les antispasmodiques, et parmi eux, ceux qui avaient une action plus spéciale sur l'innervation du tube digestif. Je prescrivis donc l'assa fœtida, auquel j'associai le castoréum, médicament qui joint à une action sur le tube digestif des propriétés céphaliques. Ces pilules, composées de 10 centigrammes d'assa fœtida et 5 centigrammes de castoréum, étaient prises au nombre de trois, au commencement du déjeuner et du dîner.

Dès le premier jour, les envies de dormir disparurent presque entièrement; dès le lendemain, la malade était soustraite à leur influence. La flatulence de l'estomac fut aussi heureusement, quoiqu'un peu moins rapidement influencée, et l'assa fœtida rétablit la liberté des garde-robes. Ce ne fut qu'au bout d'une huitaine de jours et lorsque les effets des antispasmodiques furent incontestables que je prescrivis les amers et les alcalins, qui constituent le fond du traitement dans la plupart des dyspepsies, parce qu'ils augmentent les forces radicales de l'estomac et préviennent ainsi les récidives bien plus sûrement que les antispasmodiques.

En tenant compte de la nature de la dyspepsie, dont la somnolence était l'épiphénomène, en tenant compte aussi de la nature de l'épiphénomène, je crois m'être conformé aux règles d'une saine thérapeutique. Les deux médecins que je viens de citer sont eux-mêmes des praticiens trop éminents pour s'astreindre à des formules invariables, pour ne pas attaquer le phénomène sympathique dans son principe et dans sa forme. Les amers et les alcalins dirigés contre la dyspepsie n'empêchent pas d'attaquer les symptômes vertigi-

neux par l'emploi des labiées, de la valériane, de l'assa fœtida, du castoréum ou du camphre.

A un an de distance, l'action sympathique de l'estomac a provoqué la manifestation d'une autre forme morbide. Une grossesse ardemment désirée fut interrompue du deuxième au troisième mois par une névralgie lombo-utérine à marche périodique, et devint ainsi l'origine d'une nouvelle surexcitation nerveuse. Quelques mois après, survint un des accès de névralgies du bassin dont j'ai parlé, et qui dépassa les précédents par son intensité et sa durée.

Pendant la convalescence, et lorsque la malade commença à prendre une plus grande proportion d'aliments, la flatulence de l'estomac reparut et la digestion du dîner provoqua un mouvement fébrile qui durait cinq ou six heures. Cette fièvre avait, si je puis parler ainsi, des caractères nerveux ; le pouls devenait plus fréquent, mais en conservant sa souplesse ; la chaleur était un peu plus élevée mais douce et halitueuse ; la face se colorait légèrement et la malade éprouvait une simple lourdeur de tête avec désir du repos, sans éprouver toutefois un besoin impérieux de dormir comme précédemment.

Les caractères en quelque sorte indifférents de cette fièvre, qui ne s'expliquait d'ailleurs ni par la qualité ni par la quantité des aliments ingérés, son apparition après le repas, tout me fit penser que c'était une névrose sympathique de l'estomac comme l'avait été le sommeil. Les mêmes pilules furent prescrites et firent cesser cette fièvre digestive avec la même netteté et la même rapidité.

Puisque nous en sommes sur le chapitre de ces petites maladies qui constituent le fond de la pratique civile, au grand étonnement des débutants, et aussi à leur grand désespoir, puisque le diagnostic et le traitement en sont souvent beaucoup plus difficiles que ceux des grosses maladies, puisqu'enfin elles leur suscitent tant de tracasseries de la part des malades qui s'indignent qu'on éprouve de la difficulté à guérir ce qu'ils appellent des riens, permettez-moi de vous raconter en quelques mots l'histoire d'une maladie qui m'a certes donné plus de tablature qu'une pneumonie ou une fièvre typhoïde.

M. X. vint me consulter, il y a trois ans, pour un mal qu'il ressentait depuis cinq à six années ; mais qui, depuis deux ans, avait pris des proportions plus grandes et de nature à le rendre intolérable. Au début des chaleurs, c'est-à-dire vers le mois de juin, il commençait à éprouver dans les pieds, et surtout à la plante, un sentiment d'ardeur qui augmentait par la marche. A mesure que la température s'élevait, l'ardeur devenait plus vive ; elle s'accompagnait d'élancements douloureux, qui étaient portés à un tel degré au moment

où je le vis, qu'il était obligé de s'arrêter dans la rue, quelquefois même il ne pouvait continuer ses courses à pied. Lorsque la saison s'adoucissait, les accidents s'amoindrissaient pour disparaître complétement à l'automne. Les révolutions diurnes de la chaleur amenaient des changements analogues, c'est-à-dire que les symptômes, supportables le matin, augmentaient au milieu de la journée et s'amendaient le soir. Lorsque la maladie était à son maximum, la rémission n'était pas toujours assez complète pour permettre un sommeil non interrompu. Il y avait enfin quelques inquiétudes dans les jambes. M. X. ayant des affaires, je n'ai jamais pu l'examiner que le matin, au lit, de sorte que je ne sais si les pieds devenaient rouges et gonflés au milieu du jour. Tout ce que je puis dire, c'est que je n'ai jamais trouvé dans les conditions locales des membres inférieurs rien qui pût me mettre sur la voie. Les pieds ne présentaient aucun gonflement, je dirai même aucune turgescence bien sensible. Peut-être la peau en était-elle un peu plus rosée qu'à l'état normal; mais elle n'était le siége d'aucune coloration morbide. La plante des pieds si sensible, par moments, au contact du pavé, n'éprouvait pas de sensation bien douloureuse à une forte pression des doigts. J'ajouterai que M. X. était âgé de quarante-quatre ans, qu'il était d'une taille moyenne, mais d'une constitution vigoureuse, et que je n'ai pu découvrir en lui ni par l'examen direct, ni par un interrogatoire minutieux, les traces d'aucune diathèse héréditaire ou acquise: ce qui ne veut pas dire qu'il n'en existait pas; car je ne le connaissais que depuis deux ou trois ans et je n'ai connu directement aucun des membres de sa famille. Comment établir un diagnostic probable, comment instituer un traitement avec quelques chances de succès, sur des symptômes aussi peu caractéristiques, sur des antécédents aussi nuls?

Mes lectures et un peu d'expérience m'avaient appris que les affections diathésiques se manifestent souvent par un ou plusieurs des nombreux symptômes qui leur appartiennent, avant de revêtir de formes plus complètes et plus caractéristiques. Je pensai donc, nonobstant l'insuffisance des renseignements, que j'avais affaire à une diathèse larvée. Je me souvins encore que les goutteux éprouvaient des symptômes analogues dans l'intervalle de leurs attaques. Je me rappelai, en particulier, que mon regretté maître, M. Honoré, qui était goutteux, se plaignait souvent d'une ardeur des pieds, et surtout de la plante, qui se manifestait quelquefois le jour, mais plus habituellement la nuit, et qui était quelquefois tellement intolérable qu'elle le réveillait et qu'il ne pouvait goûter un peu de som-

meil qu'en laissant ses pieds exposés à l'air, lors même que la saison était rigoureuse. Quelquefois aussi ses pieds étaient sensibles au contact du pavé pendant la marche. Les paroxysmes les plus forts ne se manifestaient au dehors par aucune rougeur, par aucune tuméfaction appréciables. Je conjecturai donc que mon malade pouvait bien avoir une manifestation anticipée de goutte sous forme larvée, et j'instituai le traitement en conséquence. Je lui conseillai de prendre matin et soir une pilule, composée de 10 centigrammes de sulfate de quinine et de 5 centigrammes d'extrait d'aconit. Tous les trois jours, le malade devait prendre une pilule de plus; c'est ainsi qu'il arriva jusqu'à six en trois doses. Il prenait, en outre, chaque jour, une bouteille d'eau de Vichy : deux verres le matin à jeun, le reste pendant les repas. Deux bains alcalins par semaine; régime tempéré, principalement composé de viandes blanches, œufs, poissons de rivière, légumes herbacées : s'abstenir de café et de liqueurs. Eau légèrement rougie au repas. Le traitement fut commencé dans le mois de juillet; au bout de huit jours, l'amélioration était évidente; au bout de quinze jours, il n'existait que de rares ressentiments de douleurs; aussi le nombre des pilules fut-il successivement diminué. Au bout de trois semaines, le malade, qui n'aime pas à se soigner, suspendit tout traitement.

J'ai su que, ces deux dernières années, M. X. a éprouvé quelques atteintes de son mal pendant l'été; mais elles ont été assez légères pour qu'il n'ait pas voulu se soumettre au traitement qui lui avait si bien réussi.

Le succès peut-il donner à mon diagnostic les caractères de la certitude? répéterai-je avec tant d'autres : « Naturam morborum curationes ostendunt? » non, sans doute; mais c'est avec une véritable satisfaction que j'ai découvert, en faisant quelques recherches ultérieures, le passage suivant de J.-P. Frank, et que je puis apporter ce puissant témoignage à l'appui de mes inductions : « Qui *in juventute* arthritide vagâ, *aut dolore ad plantas pedum urente vexantur*, ii ætate provectâ podagram facilè experiuntur, ut post matrem in semetipso Frank expertus est, ut filius ejus probabiliter experietur, qui ab aliquo jam tempore dolores ad pollicem pedum hinc indè experitur. »

P. S. Quelques jours après l'envoi de ma note, le hasard a mis sous mes yeux un fait analogue à celui de M. X, et qui a été aussi évidemment guéri par l'emploi simultané des pilules de sulfate de quinine et d'aconit et par l'eau de Vichy.

Le sujet de cette nouvelle observation est une femme de trente ans,

mariée, femme de chambre chez une de mes clientes; cette femme est d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une assez forte carrure, et avait joui jusque-là d'une excellente santé. Du 13 au 14 mai de cette année, elle a commencé à ressentir une ardeur douloureuse à la plante des pieds; le lendemain, cette sensation est devenue plus pénible et s'est accompagnée d'élancements dans l'épaisseur du pied, qui ont gagné les jambes les jours suivants. La marche ne provoquait ni n'augmentait immédiatement la chaleur et les élancements douloureux, mais ils devenaient plus pénibles et plus intenses à la fin de la journée; aussi, la malade en attribuait-elle l'apparition et l'exacerbation aux fatigues inusitées d'un emménagement : ses maîtres s'étaient installés depuis quelques jours à la campagne. Le repos de la nuit apaisait les accidents sans les faire cesser; ils restaient assez forts pour empêcher le sommeil.

Le 18 mai, époque à laquelle je vis la malade pour la première fois, la plante des pieds était le siége d'une ardeur très-vive; elle était non pas tuméfiée, mais turgescente et un peu rosée; la pression était pénible à la voûte du pied. L'examen le plus attentif ne put y découvrir de points névralgiques : c'était une sensibilité diffuse. Les élancements douloureux étaient fréquents et s'élevaient jusqu'aux genoux.

Je ne pus retrouver aucun vestige de goutte chez cette femme, chez ses ascendants ou ses collatéraux, ainsi que cela avait eu lieu pour le précédent malade. Elle ne paraissait pas, d'ailleurs, très-exactement renseignée à cet égard.

Quoique ce cas me parût semblable à celui de M. X, je ne voulus pas employer d'emblée le traitement qui m'avait réussi pour lui, et je traitai cette affection comme le résultat d'une fatigue inusitée, c'est-à-dire par le repos, un grand bain et des onctions avec le baume tranquille.

Mais lorsque je revis la malade, trois jours après, les accidents avaient plutôt augmenté que diminué; les articulations des genoux étaient elles-mêmes devenues le siége d'une douleur spontanée, qui augmentait par la pression et par la marche. Les mouvements étaient roides, et il y avait une légère tuméfaction, sans trace évidente d'épanchement.

Le diagnostic me paraissant confirmé par l'inutilité du repos et des adoucissements et surtout par l'envahissement des genoux, je prescrivis chaque jour trois des pilules déjà formulées et l'eau de Vichy aux repas. Trois jours après, il y avait de l'amélioration, mais pas assez complète pour ne point augmenter le nombre des pilules,

qui furent portées à quatre, puis à cinq en vingt-quatre heures. Trois jours après, le mieux était des plus sensibles. L'ardeur de la plante des pieds était supportable ; les élancements étaient rares et légers ; les genoux avaient recouvré leur volume, leur forme et leur liberté d'action ; il y avait enfin du sommeil la nuit. Toute cette amélioration avait été obtenue, quoique la malade eût repris ses occupations depuis six jours, sans interruption. Les pilules, continuées à la dose de quatre par jour pendant une huitaine, ont parachevé la guérison.

MAROTTE,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de Pathologie générale comparée des animaux domestiques, par O. DELAFOND, professeur de pathologie, de thérapeutique et de police sanitaire à l'École vétérinaire d'Alfort, membre de la Société impériale de médecine vétérinaire, de l'Académie impériale de médecine, etc.

Il serait tout à fait hors de propos de faire ici une analyse détaillée de cet ouvrage, qui traite non de la médecine comparée en général, science à peine ébauchée, mais seulement de la médecine comparée des animaux domestiques. Bien qu'à ce point de vue restreint, l'ouvrage du savant professeur d'Alfort ne laisse pas que d'offrir un intérêt réel aux médecins eux-mêmes, puisque avec les notions de leur science spéciale, ce que M. Delafond n'a pas fait, ils le peuvent faire dans certaines limites, nous préférons nous placer à un autre point de vue pour juger ici ce livre, aussi remarquable par la variété des notions qu'il contient que par la précision et la netteté avec lesquelles celles-ci sont exposées. A l'heure qu'il est de la science, que pense-t-on, en médecine vétérinaire, du vitalisme, de l'anatomisme, du physiologisme de Broussais, des constitutions médicales, des crises dans les maladies, etc. ? Ce sont là, comme on le sait, autant de questions qui, en médecine humaine, se reproduisent invinciblement chaque fois que, dans une discussion, on fait autre chose que de l'anatomie descriptive ou de la statistique. Or, les choses se passent exactement de même en médecine vétérinaire. Quiconque y cherche à creuser un peu au delà de la surface le terrain de la pathologie est inévitablement amené à toucher à ces questions : M. Delafond n'a pu échapper à cette nécessité ; et les solutions qu'en donne un homme aussi autorisé que le savant professeur de l'École d'Alfort ne sauraient être sans signification pour nous. C'est parce que nous en jugeons ainsi, que nous demandons à

M. Delafond la permission de laisser dans l'ombre tout ce qui tient uniquement à sa science spéciale, et de mettre en lumière seulement les solutions principales auxquelles il est arrivé sur les problèmes ardus qu'il n'a pas craint d'aborder, et qui seuls offrent pour nous un intérêt direct.

Et d'abord, en ce qui regarde la cause de la vie, le professeur d'Alfort se range-t-il sous la bannière du vitalisme, ou sous celle de l'organicisme ? Ce que le bon sens et la tradition médicale la plus saine nous enseignent sur ce point, M. Delafont le professe. Dans ses études anatomiques, pathologiques, microscopiques, il n'a pas encore vu que la vie normale ou anormale puisse sortir tout entière du contact des molécules matérielles entre elles ; et il faut plus que du calorique, de l'électricité, de l'attraction moléculaire, pour se rendre compte du grand fait de la vie, soit dans ses modalités normales si nombreuses, soit dans ses déviations morbides. Cette façon large de considérer les choses de la médecine apparaît déjà dans l'examen trop succinct qu'il fait des diverses doctrines qui ont tour à tour régné dans la science, mais se découvre davantage dans plusieurs parties de son livre, où ces questions doivent être plus expressément étudiées. Quant à l'organicisme pathologique proprement dit, qui s'est si longtemps résolu dans un solidisme exclusif qui, bientôt, nous l'espérons, ne sera même plus compris, tant il rétrécit le domaine de la pathologie ; quant à l'organicisme, disons-nous, M. Delafond le combat, en tant que doctrine exclusive, de la manière la plus victorieuse. Il est remarquable, du reste, qu'à l'époque même où le broussaisisme réagit sur la médecine vétérinaire, au point de l'entraîner dans les plus déplorables aberrations, un bon nombre de maladies continuèrent toujours à y être considérées comme l'expression symptomatique d'une altération humorale primitive. C'est que, sur ces points, l'expérience était faite, et qu'elle reposait sur des observations authentiques, répétées sur une large échelle, et qui ne donnaient aucune ouverture à l'erreur.

Entre autres enseignements qui sauvegardèrent en partie au moins l'hippiatrique des exagérations doctrinales du solidisme, et particulièrement de celui de Broussais, nous signalerons surtout celui auquel donne lieu ce qu'en médecine vétérinaire, comme en médecine humaine, on appelle constitutions médicales. Il nous a semblé qu'en acceptant sans restriction les idées des médecins du siècle dernier sur cette question, M. Delafond allait trop loin ; mais en homme pratique, il revient ailleurs un peu sur ses pas, et il ne semble plus subordonner aussi complétement sa thérapeutique au mode de ces con-

stitutions. Cette contradiction apparente ne fait que nous prouver davantage ce que nous savions déjà, c'est à savoir que M. Delafond sait que là où les faits parlent, il faut que la théorie fléchisse. Sans doute, il y a du vrai dans ces notions un peu confuses que nous ont laissées les médecins des derniers siècles sur le tempérament des maladies, si nous pouvons ainsi dire, suivant les saisons, suivant les années même; mais prétendre que le fond, la nature des maladies, en tant qu'il s'agit de la thérapeutique à leur opposer, nous est donné par l'influence mystérieuse des constitutions médicales, c'est aller évidemment au delà de ce que nous enseigne une judicieuse observation. Ainsi il est pour nous incontestable que dans les maladies qui consistent surtout en un traumatisme local interne, nettement défini, comme la pneumonie, la pleurésie, par exemple, les constitutions médicales peuvent bien marquer leur influence par le développement de quelques concomitances, dont la thérapeutique doit s'inquiéter, mais il est très-rare qu'elles fassent de ces inflammations autre chose que des inflammations, au point de vue du traitement. Dans les sciences, il ne faut pas trop sacrifier au dieu inconnu. Si en face des maladies, où il semble qu'il faille faire la part de l'influence occulte des constitutions médicales, on étudiait attentivement l'influence antérieure de l'alimentation soit des hommes, soit des animaux, dans les années marquées par des intempéries, peut-être trouverait-on là une des causes de ce que leurs maladies présentent parfois d'insolite. On comprend, par exemple, qu'une alimentation insuffisante ou vicieuse peut débiliter profondément les constitutions, et donner à celles-ci un cachet d'asthénie qui, même en face d'une inflammation, conduit à des indications thérapeutiques qui peuvent primer même celles qui naissent de ce simple traumatisme. Mais, nous le répétons, si M. Delafond semble, en quelques pages de son livre, s'exagérer l'importance des constitutions médicales proprement dites, ailleurs on voit que son bon sens éminemment pratique le préserve de toutes les exagérations de cette erreur.

Comme les constitutions médicales, les crises ont été étudiées par le professeur d'Alfort dans la pathologie vétérinaire. Ici encore l'auteur pense qu'en niant d'une manière absolue l'influence heureuse de ces mouvements naturels dans les maladies, on a manqué la vérité. Il ne lui semble pas qu'on puisse nier l'influence heureuse des crises dans un certain nombre de cas de bronchite, de pneumonie, de pleurésie, etc. « N'a-t-on pas constaté, dit-il, à toutes les époques où le typhus pestilentiel des bêtes à cornes a régné, que cette maladie marchait vers une convalescence rapide, aussitôt qu'une

éruption dite varioleuse s'opérait à la peau ? » Dans quelques autres circonstances, c'est dans la même maladie une diarrhée abondante et fétide, qui vient comme décharger l'organisme d'un poison qui l'oppresse. Dans le même ordre d'idées, M. Delafond rappelle plusieurs expériences qu'il a faites sur des chiens, et chez lesquels il a vu les reins expulser le sang corrompu qu'il avait injecté dans leurs veines. En médecine vétérinaire comme en médecine humaine, vitalisme et crises sont les deux faces d'une même idée. La force qui coordonne les actes vitaux, pour en faire sortir l'harmonie de la santé, ne peut en quelque sorte abdiquer en face de la maladie, et les crises sont une de ses manifestations.

S'il nous était permis de poursuivre plus loin cette étude intéressante, il nous serait facile de multiplier les rapprochements que nous venons de faire entre la médecine humaine et la science que professe avec tant d'éclat M. Delafond : ce que nous en avons dit suffira, nous l'espérons, pour engager nos confrères à consulter un livre qui, en étendant l'horizon de la pathologie, ne peut que contribuer à préciser davantage les notions de cette science importante. Nous n'avons parlé ici que des questions qui, dans cet ouvrage, ont trait aux grandes conceptions de la science ; mais nous n'intéresserions pas moins, nous en sommes sûr, si nous touchions à l'étiologie, à l'immunité morbide, aux enseignements fournis par la percussion, l'auscultation chez les animaux. Il y a sur tous ces points, dans l'ouvrage du savant professeur d'Alfort, de fines remarques, des aperçus ingénieux, dont tout esprit sérieux pourrait faire profit. La symptomatologie n'est pas moins intéressante à étudier par ses analogies que par ses différences ; cette science du cri des organes souffrants chez les animaux est digne de l'attention du médecin.

Nous nous arrêterons ici ; mais, en finissant, nous demandons à l'auteur la permission de lui adresser un tout petit reproche : « Depuis vingt ans, dit-il, la médecine des animaux a jeté au loin les brassières que lui avait mises la médecine humaine pour la guider et la conduire ; elle s'est affranchie de sa tutelle ; et, disons-le avec orgueil, les vétérinaires ont fait depuis lors et font encore aujourd'hui de la médecine d'observation. Les faits ne nous manqueraient pas pour prouver cette assertion : aussi la bonne médecine vétérinaire, celle qui ne périra jamais, date-t-elle de cette époque mémorable. » Nous aimons cet esprit d'indépendance et nous y applaudirons volontiers des deux mains ; mais quand il s'exprime ainsi que nous venons de le voir dans le court passage que nous venons de citer, est-il exempt de toute injustice ? La médecine vétérinaire aujourd'hui observe

elle-même, c'est très-bien ; mais dans son indépendance elle ne doit pas oublier les immenses emprunts qu'elle a faits à la médecine humaine. Son cadre, ses procédés d'investigation, sa didactique, tout, jusqu'à sa terminologie et ses doctrines, appartient à celle-ci ; les vétérinaires ne devraient jamais l'oublier ; c'est tout à la fois justice et convenance : justice, parce que cela est d'une vérité qui frappe tous les yeux ; convenance, parce que c'est l'honneur de l'humanité, ne la marchandons pas trop sur ce point, que la science médicale ait eu pour fin l'homme, avant de comprendre dans son cadre le cheval et le chien, maintenant même que celui-ci paye l'impôt.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Gangrène du poumon ; emploi du chlorure d'oxyde de sodium ; guérison. —La rareté des cas de guérison de gangrène pulmonaire nous engage à emprunter au service de M. Aran le fait suivant, d'autant plus remarquable que la mort survenue six semaines après, à la suite d'une tout autre affection, a permis de constater le procédé suivi par la nature pour arriver à la guérison de la gangrène. Cette observation est encore intéressante en ce qu'elle paraît confirmer les avantages de l'administration du chlorure d'oxyde de sodium à l'intérieur dans cette maladie.

Un homme de quarante-neuf ans, marchand ambulant, entre, le 19 décembre, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Aran (salle Saint-Antoine, n° 35). Il était malade depuis quinze jours, avait été pris de toux, mais sans fièvre. Dès le lendemain, la fétidité de l'haleine se manifestait ; mais, au dire du malade, il aurait présenté cette même fétidité dix-huit mois auparavant et l'aurait gardée douze jours.

A son entrée, amaigrissement médiocrement prononcé ; expectoration spumeuse, jaunâtre, liquide, exhalant, ainsi que l'haleine, une odeur gangréneuse des plus prononcées ; 60 pulsations à la minute ; pas de chaleur à la peau. Diminution de la sonorité, depuis la clavicule droite jusqu'au quatrième espace intercostal ; augmentation de résistance à ce niveau. Respiration forte et rude, avec expiration prolongée et crépitation diffuse, à partir de la clavicule droite. (Julep avec 4 grammes de chlorure d'oxyde de sodium.)

Ce traitement est continué sans interruption les jours suivants, jusqu'au 16 janvier. Dans l'intervalle, l'auscultation a fait recon-

naître une trace de gargouillement, après la toux, sous la clavicule droite. Dans l'intervalle également, et à partir des premiers jours de janvier, la fétidité diminue de jour en jour dans les crachats et dans l'air expiré. Cette amélioration se confirme de jour en jour, et, le 22 janvier, le malade quitte l'hôpital en bon état, conservant seulement de la matité au sommet du poumon droit en avant, des craquements humides après la toux, de la résonnance de la toux et de la voix, de l'expiration prolongée et quelques craquements secs sans matité dans la fosse sous-épineuse droite.

On n'avait plus entendu parler de ce malade lorsqu'il est apporté de nouveau dans le service de M. Aran, le 10 février, avec tous les symptômes d'un tétanos, et il succombe, dans la nuit du 11 au 12, malgré l'emploi d'un traitement très-énergique. L'examen du cadavre vint confirmer la guérison de la gangrène en montrant à la partie postérieure et externe du lobe supérieur du poumon droit une excavation pouvant loger un œuf de pigeon, tapissée par des parois membraneuses rougeâtres et ne contenant ni liquide ni solide, n'exhalant aucune espèce d'odeur, et comme perdue au milieu d'un tissu brunâtre, extrêmement dur, qui constituait la presque totalité du lobe supérieur. A cette excavation aboutissait une grosse bronche dilatée comme les bronches voisines.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Bronchorrhée *traitée avec succès par la gomme ammoniaque.* C'est certainement un grand service que MM. Trousseau et Pidoux ont rendu à la pratique en rappelant l'attention des médecins vers les propriétés remarquables de la gomme ammoniaque dans l'asthme essentiel humide, dont les accès se terminent par une abondante expectoration et dans certains catarrhes chroniques qui amènent une sécrétion exagérée de la muqueuse des bronches. Nous empruntons à la clinique de MM Gintrac père et fils l'observation suivante, tout à fait confirmative de ces bons effets de la gomme ammoniaque.

Un terrassier âgé de quarante-cinq ans est sujet depuis quatre ans à une bronchite, dont il n'a jamais été complètement guéri. La cessation du travail, de meilleures conditions hygiéniques, quelques potions kermétisées et opiacées ne produisaient qu'une amélioration de courte durée, et si les accès de toux se renouvelaient moins souvent, l'expectoration restait toujours abondante. Ce malade entre de nouveau à l'hôpital Saint André le 10 avril. Toux très-fréquente, devenant facilement quinteuse, pénible, difficile, accompagnée d'une expectoration extrêmement abondante, composée tantôt de crachats opaques, verdâtres, formant de larges plaques non déchiquetées sur les bords, tantôt d'un liquide incolore, transparent, filant, spumeux, analogue à du blanc d'œuf délayé. Mais ce qui frappe surtout, c'est l'intensité de la toux, la quantité considérable des matières expectorées. Cette sécrétion si copieuse ne paraît pas liée à une lésion organique, car la percussion ni l'auscultation ne laissent découvrir aucune altération du parenchyme pulmonaire ou du cœur. Battements très-réguliers; respiration fort calme, hors les moments de quin-

tes de toux; quelques râles sibilants et muqueux à la partie postérieure de la poitrine. Ce malade est mis successivement à l'usage du kermès minéral (0,10) de l'oxyde blanc d'antimoine (4 gram.), de l'oxymel scillitique (6 gram), des eaux Bonnes et de quelques purgatifs doux. Tous ces moyens sont inefficaces. Le tartro stibié ne réussit pas mieux et n'est pas toléré par l'estomac. En présence de l'inefficacité absolue de ces agents thérapeutiques, on a recours à la gomme ammoniaque, d'abord à 2 gram., puis à 3, 4, 6 et 8 gram. dans 120 gram. de julep gommeux. Dès le troisième jour, la toux diminue; le sixième, l'expectoration est moins copieuse; elle devient écumeuse, blanchâtre; toute matière épaisse jaunâtre disparaît. Le quinzième jour de son emploi, la bronchite n'existe plus et toute trace d'expectoration a cessé. Le pouls est toujours resté calme et les effets physiologiques de la gomme ammoniaque ont été nuls. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juin.)

Chlorose *chez l'homme; guérison par les ferrugineux et les demi-bains sulfureux*. La chlorose existe-t-elle chez l'homme? Question grave et encore fort controversée, mais qui nous paraît cependant devoir être résolue affirmativement après les faits rapportés par divers auteurs et rassemblés dans ces derniers temps par M. Uzac. M. Gintrac vient d'en rapporter un nouvel exemple.

Un créole, âgé de trente-sept ans, s'aperçut, sans cause connue, vers le mois de mai 1855, d'un dérangement dans sa santé : palpitations de cœur, diminution notable de l'appétit, quelques difficultés de digestion et de la faiblesse, tristesse et mélancolie. Voyant ses forces diminuer, ce malade prit une alimentation très substantielle, qui provoqua des douleurs abdominales et de la diarrhée. Palpitations de cœur incessantes, augmentant surtout par la marche; un peu d'oppression. Une application de sangsues à l'anus et les préparations de digitale avaient beaucoup aggravé son état, lorsqu'il vint consulter M. H. Gintrac. Débilité générale contrastant avec l'ampleur des cavités et le volume des membres; névralgies erratiques de la tête avec battements énergiques, sans périodicité; visage bouffi, pâle, verdâtre; paupières légèrement infiltrées, yeux tristes, décoloration des muqueuses, pas de matité précordiale, mais battements de cœur assez forts et éclatants, avec bruit de souffle léger et moelleux au niveau de l'orifice aortique; bruit de diable sur les côtés du cou; respiration parfaitement libre, toux sèche et rare; appétit capricieux, dépravé; digestions lentes et laborieuses avec rapports acides et gonflements épispastiques; constipation opiniâtre, urines limpides et transparentes, ne contenant pas d'albumine; apparence d'œdème aux membres inférieurs; pouls régulier, mou, dépressible, 80 pulsations. Traitement : du 12 au 30 novembre, 0,50 de limaille de fer, et du 1er décembre au 10 du même mois, 15 à 30 centigr. de fer réduit. Ce changement avait eu lieu parce que M. H. Gintrac espérait obtenir quelque chose de plus avec la deuxième préparation qu'avec la première, dont les effets avaient été à peu près nuls. En conséquence, le 10 décembre il reprend la limaille à la dose de 0,50 et commence les demi-bains avec addition de 50 gram. de sulfure de sodium chacun. Ce traitement est employé sans interruption jusqu'au 1er janvier. A cette époque, il y a déjà un certain amendement : faiblesse moindre, ainsi que les névralgies; appétit meilleur, bruits de souffle moins éclatants, visage animé, yeux plus vifs, chairs plus fermes, muqueuses tendant à se colorer. Pendant tout le mois de janvier, administration trois fois par semaine de 20 centigr. de limaille de fer et d'un demi-bain avec 60 gram. de sulfate. Guérison à la fin du mois, plus de palpitations; pas de bruit anormal ni au cœur ni aux carotides; appétit régulier, muqueuses palpébrale et buccale colorées, ainsi que les joues, la peau du tronc et des membres, visage animé. Cette guérison se maintenait encore le 10 juin et n'avait pas exigé, pour persister, d'autre médication. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juin.)

Héméralopie (*Sur les causes et le traitement de l'*). Dans un travail intéressant, fruit d'observations faites dans plusieurs épidémies successives de cette affection, à bord des bâtiments de la station navale des mers du Sud, un jeune chirurgien de la marine, M. Guérin-Méneville, se rattache à l'opinion généralement reçue qui considère l'héméralopie comme une amaurose intermittente; mais sans nier que l'héméralopie des navigateurs puisse constituer une affection idiopathique, il la regarde surtout comme le symptôme, et, pour ainsi dire, comme la traduction d'un état général de l'économie dont les rapports avec

le scorbut ont été signalés maintes fois. Quand elle se manifeste en dehors de tout symptôme scorbutique, elle exprime, mais peut-être à un degré inférieur, une altération analogue du fluide sanguin. Il suit de là, et c'est certainement la partie la plus consolante du travail de M. Guérin, que le pronostic est rarement grave, et que le changement des conditions hygiéniques fâcheuses dans lesquelles se trouvent les malades est la condition *sine quâ non* de la guérison. Le traitement médical est sans efficacité : les vésicatoires sur les tempes, derrière les oreilles, le séton à la nuque, les purgatifs, n'ont jamais produit qu'une amélioration momentanée ; en revanche, un régime frais et substantiel constitue un moyen héroïque de guérison : le bâtiment une fois au mouillage, l'équipage soustrait en tout ou en partie aux causes de débilitation, huit ou dix jours suffisent pour la guérison ; mais aucune affection n'est plus sujette à récidiver. Tant que le navire est à la mer, le médecin peut se borner à l'emploi des collyres stimulants et toniques, des boissons acidules, du suc de citron, de l'eau ferrée, mettre le malade à la ration d'hôpital, et l'exempter du service de nuit ainsi que des travaux les plus pénibles; car la guérison dans le cours d'une traversée est exceptionnelle. (*Thèses de Paris*, 1856.)

Hernies ombilicales *chez l'enfant guéries par l'emploi du collodion*. Des applications diverses des propriétés rétractiles du collodion, une des plus heureuses est, sans contredit, sa mise en œuvre dans les cas de hernies ombilicales. Mais pour que le succès couronne ce mode de traitement, il faut faire usage de collodion pur, c'est-à-dire préparé suivant la première formule publiée; il sèche vite et se rétracte fortement. Le collodion élastique (celui qui contient de l'huile de ricin et de la térébenthine) est trop flexible. Il est inutile de réduire la hernie, le topique en séchant la fait rentrer et la maintient; il resserre, il fronce les bords de l'anneau ombilical et favorise ainsi la tendance naturelle de cet anneau à se rétracter. Si l'on s'aperçoit que la peau soit trop ridée au pourtour de la plaque formée par le collodion séché et qu'elle rougit, on pare à cet inconvénient en enduisant la peau d'une couche de cérat ou mieux de glycérine. Sous l'influence des corps gras, le pourtour de la plaque se décolle et toute rougeur disparaît. Le collodion ainsi appliqué reste en place sept à huit jours. Il se détache peu à peu de la circonférence au centre et finit par tomber. Il n'y a alors qu'à renouveler le pansement. Rien de plus simple à surveiller, rien de plus simple à exécuter ; c'est un soin dont la mère peut parfaitement s'acquitter. La présence du collodion ne gêne en rien l'usage des bains et des lotions hygiéniques que réclame l'enfant. Un détail encore signalé par M. de Mahy, qui n'est pas sans importance, est de ne pas faire grande provision de collodion, car en vieillissant il perd ses propriétés; il devient moins adhésif, moins résistant, et ne conserve plus en séchant sa transparence. A l'appui de ce mode de traitement, M. de Mahy cite l'observation de l'un de ses enfants, petite fille âgée de six semaines, chez laquelle était survenue une hernie ombilicale. La compression de l'ombilic et de son pourtour à l'aide du collodion, maintenue par excès de précaution pendant deux mois, a déterminé une guérison solide.

M. Pradier est venu ajouter depuis un nouveau fait de guérison chez une petite fille de deux mois. Seulement dans ce cas, vu la mauvaise préparation qui lui avait été livrée, l'auteur avait été obligé de renouveler ses applications tous les deux jours. Après huit jours de traitement, la hernie se maintenait réduite. Malgré ce résultat inattendu, M. Pradier conseilla de continuer les applications pendant un mois, afin de prévenir la récidive. — Ces deux faits ajoutés aux nombreux exemples que nous avons déjà publiés doivent fixer l'attention des praticiens sur les bons résultats des applications du collodion *pur*, lorsqu'il importe d'exercer une constriction un peu soutenue (*Gaz. hebdomadaire*, mai et juin 1856.)

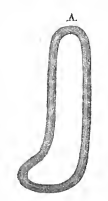
Hygroma. *Traitement par la teinture d'iode*. Le succès constant que M. Gros a obtenu de ce traitement, dans seize cas d'hygroma, nous engage à indiquer avec soin le procédé qu'il suit dans son application.

On imbibe de teinture d'iode une compresse qu'on applique sur la tumeur même et qu'on fixe par quelques tours de bande. La peau prend bientôt une teinte jaune qui, après quelques applications, passe au brun, puis au noir; en même temps elle se ride, se tanne et tombe en écailles plus ou moins épaisses, au-dessous desquelles on

aperçoit un nouvel épiderme rose et mince. Quand la peau est très-fine, les premières applications d'iode amènent une véritable vésication, soulèvent des phlyctènes qui donnent issue à une quantité de sécrétion plus ou moins considérable. Dans ce cas, on met plus d'intervalle entre les applications, ou l'on étend la teinture d'iode d'une certaine quantité d'eau distillée. L'auteur a remarqué que cette vésication ne se produit pas quand le topique est appliqué bien exactement sur la tumeur, mais on l'observe surtout quand la compresse repose sur les parties de la peau qui entourent la tumeur; cette vésication n'a du reste d'autre inconvénient que de provoquer des douleurs et ne peut que hâter la résorption de l'épanchement, comme le ferait un vésicatoire ordinaire.

Quoi qu'il en soit de ses effets accessoires, que la teinture d'iode produise ou non de la vésication, on voit sous l'influence de ces applications, renouvelées deux fois par jour, l'épanchement diminuer promptement dans la poche séreuse. La tumeur devient de moins en moins fluctuante, les mouvements redeviennent endoloris et faciles, et s'il reste encore du gonflement il est dû à l'épaississement des parois du kyste. En continuant ces applications iodés, ce gonflement lui-même se dissipe lentement et fait place à l'état normal. (*Moniteur des Hôp.*, nº 92, 1856.)

Rétroversion de l'utérus (*Nouveau pessaire contre la*). Nous



donnons ici la gravure d'un pessaire que M. Churchill a présenté à la Société obstétricale de Dublin, et qui est fait sur les mêmes principes que celui de M. Hervez, de Chégoyn, avec cette différence qu'il est bien moins massif et, par conséquent, bien moins gênant pour les malades. Ce pessaire est en gutta-percha; il a un sixième de pouce de diamètre, et forme une courbe à son extrémité supérieure et inférieure. Celle-ci est recourbée en avant, de sorte que, vu de côté, le pessaire ressemble assez à une L dont l'angle postérieur serait arrondi. L'axe supérieur A est introduit derrière le col, et l'inférieur repose sur le bord antérieur du périnée. Ce pessaire peut rendre des services dans le cas de chute de l'utérus; mais son application principale est, dans la rétroversion, surtout avec augmentation de volume du corps de l'organe. (*Dublin Journ. of med.*)

Stomatite mercurielle (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi du chlorate de potasse contre la*). Les faits dont nous avons à parler aujourd'hui empruntent une nouvelle importance de la position et du talent bien connu du médecin qui les publie, M. le docteur Vénot, chirurgien en chef de l'hospice des vénériens de Bordeaux.

Six des faits rapportés par notre confrère ont trait à une stomatite développée sous l'influence des préparations mercurielles. Dans le premier cas, chez une jeune fille de dix-neuf ans, la stomatite datait de dix jours : bouche chaude, douloureuse, bord des gencives festonné d'une ligne d'un rouge gris, salive poisseuse coulant en abondance par les commissures, langue épaisse, couverte d'un enduit grisâtre et offrant sur la circonférence des ulcérations nombreuses, rouges et saignantes; haleine fétide; dents noirâtres; lèvres tuméfiées, déglutition difficile. Administration de 4 gram. de chlorate de potasse le 27 février. Dès le 29, calme et diminution du flux salivaire, la langue se dépouille et dégonfle sensiblement. Les 1, 2 et 3 mars, même potion : amélioration progressive de l'état de la bouche; déglutition plus facile, haleine moins fétide, salivation modérée. On interrompt la potion le 4, et dès le soir recrudescence du ptyalisme. Le 5, potion avec 5 gram. Le 6, nouvelle période décroissante qui, sous l'empire du médicament continué jusqu'au 10 à la dose de 5 gram., puis réduit jusqu'au 15 à celle de 4, amène la complète cessation des accidents buccaux. Dans le

deuxième cas, chez un jeune homme de vingt-huit ans, détente dans les accidents, trente-six heures après la po.ion au chlorate de potasse. Le troisième jour, mieux-être très-marqué Le quatrième jour, le flux de salive se modère, les aphthes s'effacent, et le cinquième jour état très-satisfaisant. Dans le troisième fait, stomatite des plus intenses suite de frictions mercurielles faites *larga manu* par un médicastre, gonflement des lèvres permettant à peine d'entr'ouvrir la bouche; dents noires dénudées, cachées presque en entier sur certains points par le rebord ulcéré et gonflé des gencives; haleine d'une fétidité repoussante; impossibilité de parler ni d'avaler; respiration pénible, anxiété, insomnie. Administration du chlorate à la dose de 4 gram. le 18 mars. Le 21, mieux sensible, augmentant tous les jours; le 26, stomatite simple en voie de guérison. Le médicament est continué jusqu'au 30; dans ce cas cependant le chlorate n'a pas été employé seul et des sangsues ont été appliquées sur l'épididyme; gargarisme chloruré.

M. Vénot cite encore le fait d'un enfant de cinq ans qu'une éruption confluente d'aphthes avec fièvre, injection congestive du visage, respiration laborieuse, toux, agitation et tuméfaction considérable des amygdales, menaçait à chaque instant de suffocation. Le chlorate de potasse à la dose de 2 gram. déblaya victorieusement l'arrière-cavité buccale de ce jeune malade, déjà infructueusement traité par les sangsues et un vomitif. Dans un cas d'angine tonsillaire des plus graves chez un jeune homme, après quatre jours de souffrances, des saignées générales et locales, des purgatifs, des sinapismes, un vésicatoire à la cuisse, les choses restèrent stationnaires. (Administration de 4 gram. de chlorate de potasse dans 100 gram. de véhicule.) Dès la première dose, la déglutition a pris un sensible degré de facilité. Le lendemain, la respiration difficile, la fièvre et l'anxiété général ont fait place à un mieux évident. En cinq jours, convalescence franche. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juin.)

Symphise *sacro-iliaque droite* (*de la suppuration de la*); *guérison*. La rareté d'un pareil accident et la crainte qu'il ne soit cause de quelque erreur de diagnostic nous engagent à faire connaître en quelques mots le fait intéressant consigné dans le dernier numéro du Journal de médecine de Bordeaux, par M. Roussel. C'était une jeune fille de dix-huit ans, d'une constitution lymphatico-scrofuleuse, ayant perdu presque complétement l'ouïe du côté droit, à la suite d'abcès dans le conduit auditif externe correspondant, et fréquemment atteinte d'abcès aux gencives et d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Accouchée à terme, le 15 mars, il n'y eut pas d'accidents jusqu'au troisième jour, qu'elle fut prise de fièvre. Atteinte d'une bronchite chronique, la toux devint fréquente, les amygdales et le voile du palais s'enflammèrent, les yeux devinrent rouges et larmoyants. Une éruption miliaire eut lieu le sixième jour La fièvre continua avec des exacerbations très-irrégulières; des douleurs vagues et générales se localisèrent bientôt dans tout le bassin, puis au niveau de la symphise sacro-iliaque droite. Dix-huit jours après les couches, on découvre en dehors de l'articulation malade une tumeur peu volumineuse, circonscrite et profondément placée. Sous l'influence de la pression, de très-vives douleurs s'irradialent dans le bassin et dans la cuisse du même côté (10 sangsues sur le point douloureux, cataplasmes laudanisés). La tumeur était un peu moins douloureuse le lendemain, mais la fièvre persistait. Le 4, frissons suivis de chaleur, fesse un peu gonflée, douleur plus vive qu'hier (application de 6 sangsues). Du 5 au 18 avril, amélioration très-marquée sous l'influence des frictions mercurielles belladonées; peu de douleur à la pression; la tumeur inflammatoire avait disparu, lorsque l'inflammation reparut le 20 avec une intensité nouvelle; la fesse devint volumineuse; empâtement du tissu cellulaire et des muscles; décubitus constant sur le côté gauche; impossibilité d'exécuter des mouvements sans provoquer une très-vive souffrance. Le 21, on perçoit une fluctuation profonde. Deux jours après, on constate que le pus s'est porté à la partie inférieure et externe de la fesse; il a également fusé le long du sacrum et occupe une grande partie de la face externe du coccyx; l'origine du sillon qui sépare les fesses est effacée; l'abcès est ouvert en ce point, et l'on obtient un verre de pus mélangé de sang et peu consistant. Les jours suivants, le pus est abondant; il devient peu à peu séreux et rousseâtre. Le 3 mai, l'abcès ne fournit qu'une très-petite quantité de pus; toujours de l'immobilité à cause des douleurs. Du 8 au 10, l'ab-

rès se cicatrise complétement, et sa guérison n'est nullement entravée par la formation d'un ulcère au sein, qui lui-même est guéri le 12 mai. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juillet.)

Teignes (*Traitement des*) *par l'épilation et les lotions parasiticides*. Nous avons fait connaître en son temps les remarquables travaux sur la teigne et son traitement publiés par M. Bazin ; c'est un devoir pour nous de faire connaître les résultats favorables dont ce traitement a été suivi partout où il a été employé. Nous trouvons en effet dans un mémoire de M. Le Barillier, médecin de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, la confirmation pleine et entière de ce qui avait été avancé par M. Bazin. Douze enfants affectés du favus, six du favus urcéolaire, quatre du favus scutiforme, et deux de la réunion de ces deux formes chez le même sujet, ont été guéris après un traitement dont la durée moyenne a été de deux mois et demi pour le favus urcéolaire et de trois mois pour le favus scutiforme. Trois cas de teigne tonsurante traités de même ont guéri dans un intervalle de trois mois à quatre mois et demi.

Voici, en définitive, le traitement auquel M. Le Barillier s'est arrêté : après le nettoiement de la tête, pour la débarrasser de ses croûtes, ce à quoi on arrive par des lotions d'eau tiède, un grand bain et des cataplasmes émollients, les cheveux sont coupés à deux ou trois centimètres du cuir chevelu ; on fait ensuite des lotions pour enlever tout ce qui peut rester de libre des produits faviques ou des croûtes. On procède alors à la première épilation, si la sensibilité du cuir chevelu n'est plus manifeste ; dans le cas contraire, on frictionne la tête avec l'huile de cade pure, de préférence aux pommades alcalines, qui irritent la peau. Il ne faut pas craindre d'étendre l'épilation au delà des parties malades ; les cheveux arrachés repoussent plus forts et plus épais. Après la première épilation, on fait pendant quatre jours, matin et soir, une lotion de sublimé, et les jours suivants une onction avec la pommade à l'acétate cuivre (1 pour 500 gram. d'axonge). Plus tard, lorsque la rougeur morbide a disparu et que le cuir chevelu reprend son aspect, onctions avec l'huile de cade mêlée avec de l'huile d'amandes douces. L'épilation secondaire doit être pratiquée aussitôt que les cheveux peuvent être saisis, sans attendre la réapparition d'une nouvelle éruption favique. On continue la lotion de sublimé pendant quelques jours. Parfois une troisième épilation est nécessaire : la guérison n'est complète qu'autant que le cheveu repousse avec une couleur franche et n'est pas cassant. Le traitement général consiste en purgatifs répétés, tisane dépurative, sirop d'iodure de potassium et d'iodure de fer ; bains sulfureux deux fois par semaine ; lotions sur le tête avec de l'eau du bain. On fait porter aux teigneux un bonnet de toile imprégné d'un corps gras qu'ils ne quittent que pour les pansements. Soins de propreté les plus minutieux, après la guérison. — Ce mode de traitement s'applique aussi à la teigne tonsurante. Mais ici l'épilation est plus difficile à pratiquer ; sur les plaques, les cheveux se rompent ou viennent presque toujours sans racine. Il faut épiler avec soin autour des surfaces malades et partout où existent des vésicules herpétiques. On lotionne les plaques d'herpès avec une éponge ou une brosse douce imbibée d'une solution de sublimé (2 grammes pour 500 d'eau) ; on a ensuite recours aux pommades avec le goudron ou l'iodure de soufre ; mais en général le traitement est plus long que pour le favus. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juillet.)

Tétanos traumatique ; *guérison par le chloroforme*. Aux faits nombreux de guérison qui ont été rapportés depuis quelque temps, nous ajouterons celui-ci, qui a un peu le tort de tous ceux qui l'ont précédé, en ce sens que le chloroforme n'a pas été employé seul, mais qui n'en témoigne pas moins en faveur de l'emploi de cet agent. Comment d'ailleurs faire un reproche à un médecin de multiplier les moyens d'action dans une maladie dont les chances de guérison sont si peu nombreuses ? Le chloroforme a d'ailleurs répondu ici à une indication particulière, celle de dégager la langue prise entre les arcades dentaires.

Une petite fille de neuf ans s'était fait, dans une chute, une plaie angulaire assez étendue à la partie inférieure et externe de la cuisse gauche. Cette plaie était presque guérie le treizième jour, lorsqu'on s'aperçut d'une roideur des mâchoires, avec opisthotonos, le derrière du cou douloureux au niveau des trapèze et splénius. Potion suivante par cuillerée (de deux en deux heures) :

Pr. Chloroforme . . . . . . 2 gr.
Extrait gommeux d'opium 0,05.
Eau de laurier-cerise. . . 10.
Eau de tilleul. . . . . . . 50.
Sirop de gomme. . . . 40.

Vers le soir, même état. M. Busquet ajoute à la potion 5 grammes de chloroforme.

Le deuxième jour, la roideur tétanique des muscles postérieurs du cou et de la mâchoire augmente : tête portée en arrière, douleur au niveau des premières vertèbres dorsales, impossibilité d'écarter les dents au delà de 2 centimètres, déglutition facile, secousses dans tout le corps à la moindre impression. (Même potion.)

Le troisième jour, vers quatre heures du matin, dans un moment de crise, les muscles élévateurs de la mâchoire s'étant contractés, la langue est prise entre les arcades dentaires; impossibilité de la faire rentrer. (Inhalation avec le chloroforme pendant une demi-heure; on en use environ 30 grammes). A sa grande satisfaction, M. Busquet voit alors le maxillaire inférieur s'abaisser, la langue rentrer, la malade sourire, la parole revenir; la tête, qui était immobile depuis deux jours, se mouvoir, enfin la malade ne se plaindre d'aucune douleur, la jambe gauche rester seulement un peu roide.

Pendant les trois jours suivants, le mieux se maintient, mais le pied gauche restait dans l'extension par les contractures du triceps crural. (Toujours des inhalations et potion au chloroforme, un bain dans la journée du quatrième jour.) Le 6, pleurosthotonos du côté gauche, douleur vers la base du thorax, gêne pour respirer. Bains tièdes chaque jour jusqu'au dixième, où la malade est assez calme. Le 10, tout le côté gauche est de plus en plus tordu sur lui-même, la jambe et le côté gauche externe forment une ligne courbe en arc très-prononcée. L'enfant peut remuer un peu les orteils et très-légèrement les fléchisseurs du pied; jambe gauche dans l'abduction forcée, la droite roide mais droite, les pieds dans l'extension forcée. Dans la soirée, dents plus rapprochées, déglutition des liquides moins facile, ventre plus tendu, parois abdominales plus dures. A ce moment apparaît sur le membre inférieur gauche une éruption d'herpès circinatus. Du dixième au vingtième jour, les accidents présentent de grandes variations, mais, en somme, la contracture diminue : bains tièdes, puis bains de vapeur. Peu à peu elle remue chacun des membres malades. Le trente-sixième jour elle peut être levée et accuse quelques crampes; le trente-huitième jour, elle marche avec une béquille à gauche et une canne à droite; le quarante-sixième, elle marche sans béquille et sans canne, mais le pied gauche est toujours relevé, comme dans le pied-bot équin. La claudication dure encore trois mois. Trois ans après, cette jeune malade conserve encore une légère déviation à gauche de la colonne vertébrale. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juillet.)

VARIÉTÉS.

SUR UNE ÉPIDÉMIE DE TYPHUS AU VAL-DE-GRACE.

Nos lecteurs ont dû se convaincre depuis longtemps que nous n'avons jamais négligé aucune source d'instruction, et que nous avons toujours puisé largement partout où il nous a paru qu'il pouvait se trouver un enseignement pour la pratique. Si nous avons cru devoir nous abstenir jusqu'ici de publier un compte rendu régulier des séances des Académies des sciences et de médecine, nous n'avons jamais perdu aucune occasion de signaler ceux des travaux communiqués à ces deux corps savants qui pouvaient renfermer quelque fait ou quelque notion profitable pour l'avancement et les progrès de la thérapeutique et de la médecine pratique en général. Sans changer la disposition générale du cadre du journal et de ses matières, nous avons pensé cependant qu'il pourrait être utile de faire aux comptes rendus de ces Sociétés des emprunts plus nombreux que ceux que nous leur avons fait jusqu'à présent, en ne les bornant plus désormais aux faits purement afférents à la thérapeutique, mais en mettant quelquefois à contribution les questions de pathologie, d'hygiène, etc.; en un

mot, nous nous proposons d'élargir un peu le cadre des matières que nous emprunterons aux travaux académiques.

Le premier travail sur lequel nous avons à appeler l'attention de nos lecteurs se rattache à une question de nosologie longtemps débattue et qui vient d'être récemment résolue, au moins dans ses points principaux, par l'un des plus importants événements de cette époque ; nous voulons parler du typhus, de ses causes, de son mode de génération et de son analogie ou de ses différences avec la fièvre typhoïde. La cruelle épreuve qu'a subie notre armée d'Orient n'a fourni que trop d'éléments pour la solution de ces diverses questions. Plusieurs communications ont déjà été faites sur ce sujet à l'Académie, qui aura probablement à présenter plus tard un travail d'ensemble sur tous les travaux partiels qu'elle a reçus et qu'elle devra recevoir encore. Mais de tous les documents qui lui sont parvenus jusqu'à présent, l'un des plus importants et des plus intéressants à la fois est la relation de la petite épidémie dont les principales évolutions se sont passées à Paris même, à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Dans une lecture qui a été entendue avec le plus vif intérêt, M. le docteur Godelier, professeur de clinique au Val-de-Grâce, a fait l'histoire de cette épidémie, qui s'est manifestée dans les conditions les plus favorables pour étudier les diverses circonstances relatives à l'étiologie, à la durée de la période d'incubation, à la marche et aux évolutions de la maladie, à la contagion et enfin à l'influence des changements de milieu sur les allures de l'épidémie.

Voici, en peu de mots, la relation des circonstances qui ont fourni à M. Godelier l'occasion d'observer cette épidémie et d'en retracer si fidèlement l'histoire.

C'est sur les hommes de l'un des premiers régiments rappelés de Crimée et qui firent leur entrée à Paris en décembre dernier, qu'ont été observés presque tous les cas de typhus du Val-de-Grâce, exclusivement sur les hommes des deux premiers bataillons de ce régiment, le 50e de ligne. Comme la plupart des autres corps de troupe de l'armée d'Orient, ce régiment avait eu à subir le choléra pendant et après l'expédition de la Dobrutscha, le scorbut, la fièvre typhoïde, les diarrhées aiguës et chroniques sur le plateau de la Chersonèse, puis les fièvres palustres sur les bords de la Tchernaïa ; mais le vrai typhus lui était tout à fait inconnu avant son embarquement pour la France. A cette époque même, son état sanitaire semblait éloigner toute crainte d'invasion typhique. A l'exception de quelques convalescents de fièvre intermittente et de diarrhée, la plus grande partie des hommes jouissaient alors d'une bonne santé. En novembre, le régiment s'embarque à Kamiesch sur deux navires à voiles américains : les deux premiers bataillons, moins la compagnie de voltigeurs du 2e (on verra plus tard l'utilité de tous ces détails), à bord du *Monarque des Eaux*, et cette compagnie, ainsi que le 3e bataillon, sur *l'Edgard*. Ces derniers effectuèrent leur traversée en trente jours, dans les meilleures conditions et sans avoir un seul malade. Il en fut tout autrement pour les passagers du *Monarque*. Ce navire mit cinquante jours pour se rendre de Kamiesch à Marseille. Or, *le Monarque* est un bâtiment de transport un peu plus grand qu'un vaisseau de guerre à deux ponts, mais sans sabords, ce qui en rendait l'aération très-insuffisante. L'étage inférieur renfermait une grande quantité de matières putréfiables qui se décomposèrent et donnèrent lieu à un dégagement de gaz méphitiques. Le deuxième pont, réservé à la troupe, recevait l'atmosphère extérieure au moyen de plusieurs conduits verticaux ; une grande partie des miasmes de la cale s'y déversaient incessamment. Ce même espace, occupé aujourd'hui par 800 hommes, avait

logé dans une précédente traversée 330 chevaux, qui y avaient laissé des traces de leur séjour ; et, en ce moment même, il avait fallu placer à l'une des extrémités de cet entrepont quelques chevaux et une demi-douzaine de bœufs. C'était une écurie infecte. Telle était l'atmosphère, saturée encore par les émanations de tant d'hommes entassés, qu'il fallut respirer pendant cinquante jours. Il faut ajouter à cela l'absence de légumes frais, l'insuffisance de l'alimentation, le défaut d'exercice corporel, l'influence du mal de mer par le gros temps et l'ennui d'une longue traversée.

Toutes ces conditions antihygiéniques si fatalement accumulées ne tardèrent pas à produire leur effet. Le quinzième jour de la traversée, le typhus commença à se déclarer. Jusqu'à ce moment, l'état sanitaire avait été très-satisfaisant. Du 1[er] décembre au 25, jour de l'arrivée à Malte, 15 hommes furent atteints. Un seul mourut à bord, les autres furent laissés dans l'île. En débarquant enfin à Marseille, le 1[er] janvier, on dut envoyer 25 typhiques à l'hôpital. Enfin, après deux jours de marche par une pluie battante, les soldats de ces deux bataillons montent tout trempés dans les wagons, et arrivent encore mouillés et transis à Paris, le 5. Ils sont dirigés sur Bicêtre.

Telles sont les principales circonstances du voyage qu'il était important de mentionner pour faire connaître l'origine et le mode de développement de la maladie.

Du 7 janvier au 20 février, le 50[e] a envoyé 108 typhiques à l'hôpital du Val-de-Grâce, d'après quoi l'on voit que, chez les derniers entrés, la période d'incubation a été de plus de cinquante jours. Cette longue durée de la période d'incubation est, avec la relation si évidente ici de causes nombreuses d'insalubrité accumulées à bord du *Monarque* et de la production du typhus, l'un des faits principaux qui ressortent de tout ce qui précède. Toutefois, pour compléter ce qui concerne l'étiologie et montrer combien la relation dont il s'agit est manifeste, nous devons ajouter que l'autre fraction du même régiment qui avait été transportée à bord de *l'Edgard* (un bataillon et la compagnie de voltigeurs de l'un des deux bataillons montés à bord *du Monarque*) a été complétement exempte de typhus.

Nous arrivons à ce qui a trait aux caractères et à la marche de la maladie ; mais un mot avant sur la manière dont la maladie s'est comportée dans cette circonstance, sous le point de vue de la transmissibilité ou de la contagion.

Les typhiques, reçus d'abord indistinctement dans les différents services de fiévreux, furent bientôt dirigés de préférence sur les salles de clinique. Là, pendant un mois, mêlés en plus ou moins grand nombre aux autres malades, leur présence n'exerce sur aucun d'eux la moindre influence. Les fièvres typhoïdes marchèrent côte à côte des typhus sans se ressentir d'un tel voisinage. Ni les infirmiers, ni les jeunes médecins de l'Ecole, attachés au service de la clinique, ni ceux qui pratiquèrent les autopsies n'éprouvèrent le moindre effet du contact journalier des typhiques. Il en fut de même dans les autres services ; en sorte, dit M. Godelier, qu'il semble que cette expérience était suffisamment prolongée pour permettre d'affirmer que le typhus, qui exerçait, à cette époque, de si cruels ravages en Orient et dans quelques villes du Midi sur les infirmiers et les médecins, avait perdu en parvenant jusqu'à Paris sa faculté de transmission. Mais quelque temps après, tandis qu'à une seule exception près, aucun des hommes qui entrèrent en contact avec les typhiques, au Val-de-Grâce, ne fut contaminé par eux, trois ou quatre sœurs du service contractèrent le typhus. L'une d'elles, qui succomba, le communiqua à une autre qui n'avait ja-

mais mis le pied dans les salles ; celle-ci, à son tour, le transmit à l'une des sœurs qui la veillaient, de sorte que la maladie se montra aussi évidemment contagieuse à l'égard des femmes qu'elle l'avait paru peu à l'égard des hommes.

L'affection, une fois déclarée, présentait dans son évolution deux phases distinctes. Dans la première, il y a une réaction assez vive, une congestion assez marquée des téguments et des muqueuses pour justifier les noms de période inflammatoire ou catarrhale, que quelques observateurs lui ont donnés. On n'y trouve pas, sauf complication, les symptômes abdominaux de la fièvre typhoïde, et rarement l'épistaxis; mais ce qui l'en distingue encore plus sûrement, ce sont les douleurs vives des jambes et des lombes, la prompte invasion de la stupeur, et surtout, dans le plus grand nombre des cas, l'apparition rapide de l'éruption exanthémo-pétéchiale caractéristique.

L'affection du système nerveux qui, pendant ce stade, consistait principalement dans l'affaissement des sens extérieurs, le désordre de l'intelligence et la stupeur, un sommeil agité et des lésions vagues des puissances motrices, se montre à un plus haut degré pendant le deuxième septenaire ou la deuxième période. Alors la fièvre est plus continue, les forces s'affaissent, le pouls, plus faible, devient très-variable en fréquence. La peau, chaude et sèche, présente parfois, vers le douzième jour, des sudamina, très-rarement de la miliaire, mais presque toujours l'éruption aux nuances diverses. La langue reste souvent un peu humide, mais couverte d'un enduit jaunâtre plus ou moins épais, ou bien elle est sèche, rouge, parcheminée, gercée. Ventre un peu ballonné, indolent, non crépitant; urines abondantes, selles parfois diarrhétiques, en petit nombre, ou persistance de la constipation.

Le visage a pâli, mais la conjonctive reste injectée. Délire sombre, tranquille ou stupide, rarement furieux, souvent d'une forme spéciale. Telle est l'ébriété ou la typhomanie de Hildenbrand, que M. Godelier a retrouvée très-conforme à la description que cet auteur en a donnée. Enfin, tremblement des mains et de la langue, soubresauts des tendons, spasmes des muscles du cou et de la mâchoire, dysphagie et aphonie, urines et selles involontaires, plus rarement dysurie et rétention d'urine, enfin dureté de l'ouïe, vue diminuée, affaissement physique et moral; tel s'est montré l'ensemble des symptômes dans les cas graves, sans complications.

Un petit nombre seulement s'est terminé par la mort, mais, du quatorzième au dix-huitième jour, il survenait chez la plupart une amélioration notable et souvent presque soudaine, sans qu'on pût la rapporter à aucune évacuation critique. Chez quelques-uns, cependant, la maladie se prolongeait jusqu'à la fin du quatrième septénaire, et alors on observait parfois des phénomènes nerveux plus graves, tels que le trismus, les roideurs tétaniques du cou, des bras, des mains, ou le tremblement spasmodique des membres, survenant par accès, ou une profonde adynamie.

La durée moyenne de la maladie a été de quatorze à quinze jours ; la moyenne des cas graves terminés par la guérison, de 21 ; par la mort, de 11 ; la moyenne des cas légers, de 20.

Le chiffre des décès a été de 14, 3 pour 100 (9 sur 63).

Huit autopsies ont été pratiquées; en voici les résultats sommaires : congestions extrêmement prononcées et disséminées dans divers organes, notamment le poumon, le foie, les reins, le cerveau, ou plutôt les membranes; augmentation de volume et ramollissement de la rate ; souvent rougeurs assez étendues et ecchymoses par places sur la muqueuse gastro-intestinale ; parfois de la psoren-

térie ou du pointillé noir. Mais quant à l'altération caractéristique de la fièvre typhoïde, des plaques de Peyer saillantes, molles ou dures, érodées ou ulcérées, et l'engorgement des ganglions mésentériques, M. Godelier ne l'a jamais rencontrée.

Cela suffirait déjà pour séparer radicalement ces deux affections; mais si l'on y joint la différence d'origine et d'activité contagieuse, le signe spécifique de l'éruption, l'absence des symptômes abdominaux, l'invasion rapide de la stupeur et du délire, la forme souvent particulière de ce dernier, la durée plus courte de l'évolution morbide du typhus, parfois sa prompte terminaison par la mort ou son passage rapide à la convalescence, on devra reconnaître, ajoute M. Godelier, qu'il n'y a pas plus d'identité entre le typhus et la fièvre typhoïde qu'entre la scarlatine et la rougeole, bien qu'il soit facile de constater entre les premières comme entre les dernières de ces affections de remarquables analogies.

M. Godelier ne s'en est pas tenu à cette seule conclusion, qui ressortait naturellement de tout ce qui précède, que le typhus proprement dit diffère spécifiquement de la fièvre typhoïde. Rapprochant la maladie qu'il vient de décrire du typhus de Hildendrand et du *typhus fever* des Anglais, le savant médecin du Val-de-Grâce en conclut tout aussi formellement que ces trois maladies sont identiques : « Aucune différence radicale ne les sépare. Ces trois maladies n'en font qu'une ; elles naissent sous l'influence des mêmes causes : l'encombrement, la misère, la contagion ; elles ont le même mode d'invasion, la même éruption pathognomonique ; elles affectent la même marche, elles ont la même durée, les mêmes complications, les mêmes suites, en un mot les mêmes traits et la même physionomie. » M. Godelier résume ce point de l'histoire du typhus par cette proposition terminale ; *Le typhus et le typhus fever sont identiques ; ils diffèrent spécifiquement de la fièvre typhoïde.*

Par décret en date du 7 mars, deux concours pour des places d'agrégés stagiaires sont ouverts à la Faculté de médecine de Paris :

1° Concours pour deux places en anatomie et deux places pour les sciences physiques. Il commencera le 2 novembre. La liste d'inscription sera close irrévocablement le 1er septembre 1856, à quatre heures de relevée ;

2° Concours pour cinq places en médecine et en médecine légale, et quatre places en chirurgie et en accouchements. Il commencera le 2 janvier 1857. La liste d'inscription sera close irrévocablement le 1er novembre 1856, à quatre heures de relevée.

Par décrets en date du 21 juillet, rendus sur la proposition de M. Maréchal, ministre de la guerre, chargé par intérim du département de l'instruction publique, M. Courty, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé professeur titulaire de la chaire d'opérations et appareils de ladite Faculté, et M. Planchon, pharmacien de première classe, docteur en médecine et docteur ès sciences, a été nommé professeur titulaire de botanique et d'histoire naturelle à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

La Société de médecine de Caen propose pour sujets de prix qui seront décernés dans l'année 1857 les questions ci-après :

Première question. Etat de la science sur le traitement des anévrysmes externes. Description exacte des diverses méthodes : ligatures, compression simple, compression et astringents combinés, électro-poncture, injection par les

liquides coagulants. Parallèle de ces divers procédés. Faire entre eux un choix éclairé et appuyé par de bonnes et nombreuses observations. Préciser les cas dans lesquels chacune de ces méthodes est préférable. Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

Deuxième question. La Société propose encore une médaille de 100 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur la topographie médicale du département du Calvados, ou de quelqu'une de ses contrées. (La topographie de la partie du département situé entre la Dive et la Seulle, ayant été décrite d'une manière très-satisfaisante dans ce dernier concours, ne devra plus être comprise dans celui-ci.)

Les mémoires sur ces deux questions devront être adressés franc de port, revêtus des formes académiques, à M. Etienne, secrétaire de la Société de médecine de Caen, avant le 31 mars 1857.

L'Académie des sciences et lettres de Montpellier met au concours les questions suivantes, proposées par la section de médecine :

Concours de 1857. « Etude médico-chirurgicale des déviations utérines. »

Le prix pour cette question sera de 400 fr.

Concours de 1858. — « Des rapports de l'alimentation avec la respiration. Existe-t-il des aliments qui méritent le nom de respiratoires ? En cas d'affirmative, déterminer leur nature, et poursuivre leurs transformations depuis le moment de leur introduction dans les voies digestives jusqu'aux dernières combinaisons qui ont lieu dans l'acte respiratoire. »

Le prix pour cette question sera de 500 francs. Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques, avant le 1er août de chacune des années pour lesquelles le concours est institué, à M le docteur Housset, secrétaire général de l'Académie, rue du Courrier, 13.

S. M. le roi de Danemark vient d'envoyer à M. le docteur Wleminckx, inspecteur du service de santé de l'armée belge, la croix de commandeur de l'ordre de Danebrog, en récompense des services importants rendus par ce savant confrère à l'armée de Danemark, à l'occasion d'une épidémie d'ophthalmie.

La médecine lyonnaise vient d'être cruellement éprouvée. A deux jours d'intervalle, elle a perdu deux de ses plus dignes et de ses plus estimés représentants. M. Colrat, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine, a succombé le 11 juillet à l'âge de cinquante quatre ans. Praticien d'un sens exquis, c'était un de ces hommes qu'il faut avoir vus et écoutés pour connaître l'empire qu'un esprit éminent peut exercer, soit pour consoler les malades, suit pour éclairer ses confrères.

M. de Polinière est mort le 13, à l'âge de soixante-six ans. Ancien médecin et plus tard administrateur des hôpitaux de Lyon, ex-président de la Société de médecine, président perpétuel du comité de vaccine, président de l'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône ; la liste de ses titres, tous déférés par l'estime générale, montre quel vide il laisse dans la ville. La douceur de son esprit, sa bonté, qu'on n'invoquait jamais en vain, lui avaient fait une véritable et légitime autorité, dont il n'usa jamais que dans l'intérêt de la profession, qui avait en lui un ardent défenseur.

La pellagre devient chaque année de plus en plus endémique dans certaines parties du département de la Gironde. Aujourd'hui, dit le Journal de Bordeaux, elle envahit un grand nombre de communes, en particulier celles de Lourtins, Carcans, Lacanau, Sainte-Hélène. Saumos, le Porge, et plusieurs autres de l'arrondissement de Bazas M. le préfet de la Gironde a confié à M. le docteur Henri Gintrac la mission de visiter ces diverses localités, afin d'y constater le degré de fréquence et de gravité de la pellagre, et de rechercher les moyens d'en arrêter le développement.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des effets contro-stimulants de la digitale dans la pneumonie.

Par M. le docteur DUCLOS, médecin de l'hôpital Saint-Gatien, à Tours.

Il y a déjà cinq ou six années que, guidé par quelques vues théoriques et surtout par quelques faits pratiques, j'avais été conduit à rechercher l'utilité de la digitale dans la pneumonie en tant que médicament contro-stimulant, c'est-à-dire au même titre que les antimoniaux, et en particulier le kermès et le tartre stibié. J'avais bien pensé, déjà, comme tous les praticiens ont pu et dû le faire, qu'un agent thérapeutique doué d'une aussi merveilleuse action sur le système circulatoire devait venir singulièrement en aide dans les pneumonies accompagnées de graves désordres du pouls, et je l'avais vérifié expérimentalement. Mais quant à une action contro-stimulante, antiphlogistique, c'était pour moi une question encore douteuse. C'est précisément celle que j'ai voulu essayer de résoudre.

Je me propose aujourd'hui, dans cette petite note, de raconter les expériences que j'ai faites et les résultats que j'ai obtenus. D'autres, sans doute, l'ont fait avant moi. Qu'importe?

Pour concilier à la fois la prudence qu'imposent nos devoirs envers le malade et le désir de faire une expérimentation sérieuse, voici comment j'ai raisonné.

Je me suis dit:

Aux pneumonies graves, soit en raison de l'étendue de l'inflammation, soit en raison de l'état général, j'opposerai la médication habituelle, c'est-à-dire de larges saignées, l'administration du kermès associé à l'extrait de digitale.

Aux pneumonies de moyenne intensité, j'opposerai le kermès uni à la digitale.

Enfin aux pneumonies qui ne présenteront pas des caractères de gravité inquiétants, j'opposerai la digitale seule, sauf à faire usage de l'antimoine et de la saignée, si le moindre symptôme inquiétant se produit.

Enfin l'expérimentation, si elle est heureuse, permettra de faire prédominer peu à peu dans le traitement l'usage de la digitale.

On le voit, une telle méthode appliquée à l'expérience en éloignait tout danger et permettait de résoudre avec plus de lenteur, mais aussi avec plus de sûreté cette intéressante question.

Or, voici ce que j'ai constaté.

En général, l'action de la digitale sur le pouls précède très-peu

son action résolutive sur la phlegmasie pulmonaire. Presque en même temps que le système circulatoire est influencé, les accidents inflammatoires diminuent. Cet effet est loin d'être toujours également rapide. Dans quelques cas, il est manifeste dès le troisième jour du traitement. Dans un grand nombre d'autres, on est forcé de l'attendre cinq, six, sept jours, et après des doses d'extrait de digitale qui dépassent souvent 50 et 60 centigrammes par jour. Cette action résolutive, lorsqu'elle a une fois commencé à se produire, marche quelquefois avec une singulière rapidité, et il m'est arrivé de constater un bruit de souffle dans toute l'étendue d'un poumon où le soir même je n'entendais plus du haut en bas qu'un simple râle crépitant de retour. On peut donc dire qu'en général le premier effet visible de l'action de la digitale est l'effet direct sur le poumon enflammé, l'effet résolutif.

L'action sur le système circulatoire, action connue depuis longtemps déjà, est ici aussi manifeste que possible. Des variations de 20 à 24 pulsations en vingt-quatre heures ne sont pas rares. Fréquemment le pouls tombera de 120, 125 à 100, 96, 92. Mais ce qu'on ne saurait imaginer, c'est l'incroyable persistance de ce ralentissement de la circulation. Il m'est arrivé, et souvent chez des malades dont la pneumonie avait exigé des doses quotidiennes de 60 centigrammes d'extrait de digitale, de constater un ralentissement considérable du pouls, par exemple, 50, 54 pulsations par minute, huit, dix et quinze jours après la cessation complète de tout usage de la digitale, et alors que l'état de convalescence avait permis de conseiller une alimentation suffisamment réparatrice. C'est là un fait extrêmement curieux et que d'ailleurs on retrouve quoiqu'à un moindre degré dans l'administration rasorienne des antimoniaux. Il y a bien longtemps que cet effet sédatif prolongé du tartre stibié ou du kermès sur le système circulatoire, a été constaté et indiqué.

Un troisième effet de la digitale à haute dose, que j'ai communément observé, a été la transpiration. Ce phénomène m'a rapidement frappé. J'avais tant de fois, comme tous les praticiens, remarqué l'effet diurétique de la digitale à petite dose que mon attention était bien plus portée du côté des voies urinaires que de la sécrétion sudorale. Rien n'est pourtant plus constant, et ici encore se trouve un nouveau point de contact des deux médications antimoine et digitale, l'antimoine, donné à haute dose et suivant la méthode rasorienne, ayant pour effet si habituel de déterminer ou d'exagérer la transpiration.

J'ai besoin de redire ici combien l'effet diurétique de la digitale

à haute dose a été nul. Je ne crois pas l'avoir observé une seule fois, et je le répète, désireux de chercher le mode d'action du médicament, mon attention était singulièrement fixée sur ce point. Autant cette action diurétique est quelquefois merveilleuse dans certains épanchements séreux comme l'ascite, comme l'épanchement séreux de la plèvre, la pleurésie latente, où elle opère des résorptions d'une rapidité extraordinaire, grâce à des sécrétions urinaires d'une abondance et d'une rapidité aussi surprenantes, autant elle est nulle dans la pneumonie aiguë. Et elle est nulle quelle que soit la dose, nulle le premier jour quand le malade prend 15 ou 20 centigrammes d'extrait de digitale, comme le dernier quand la dose quotidienne est de 50 ou 60.

Il en est de même de l'effet sur le tube digestif. Alors que fréquemment de petites doses de digitale provoquent, surtout quand elles sont continuées quelques jours, d'insupportables nausées; ici, au contraire, des doses assez considérables continuées pendant un temps plus long n'ont sur l'estomac aucune action appréciable. Il se passe là un phénomène identique à ce que présente l'administration des antimoniaux, quand nous voyons 5 centigrammes de tartre stibié provoquer d'abondants vomissements chez un homme qui, atteint de pneumonie, en supportera 1 gramme sans effet appréciable sur l'estomac.

Ajouterai-je enfin que jamais je n'ai constaté aucun symptôme, aucun trouble cérébral qui m'ait forcé à suspendre l'emploi du médicament.

On le voit donc, les effets de la digitale administrée comme contro-stimulant à dose progressivement croissante dans la pneumonie aiguë se réduisent à trois, et ils sont bien déterminés et presque simultanés.

1° Action résolutive sur le poumon malade;

2° Ralentissement notable du pouls et persistant longtemps encore après la cessation du remède;

3° Activité de l'exhalation sudorale.

Trois effets qui lui sont communs avec les préparations d'antimoine.

Le mode d'emploi de la digitale a particulièrement fixé mon attention. J'étais trop convaincu qu'en médecine le *modus faciendi* a la première place pour n'y pas attacher une grande importance.

De toutes les préparations l'extrait m'a semblé la meilleure. Il avait l'avantage de pouvoir se prêter à toutes les formes, pilules ou potion, de pouvoir se conserver plus facilement, et dès lors de don-

ner un produit toujours égal ; enfin, de pouvoir se doser d'une manière toujours plus certaine.

Le sirop avait tous les inconvénients opposés. La teinture m'avait toujours semblé infidèle, et la solution n'est pas toujours applicable.

Je me suis donc arrêté à l'extrait.

De plus, parmi les extraits, bien convaincu que l'extrait aqueux laisse perdre une notable partie des principes actifs de la digitale, j'ai fait choix quand je l'ai pu de l'extrait hydro-alcoolique. Les doses que j'indiquerai ont donc trait à des doses d'extrait hydro-alcoolique.

Le choix de la préparation bien déterminé, j'opérais de la manière suivante :

Si l'extrait de digitale était administré seul, je le donnais dissous dans l'eau sucrée avec ou sans addition de sirop d'opium, suivant les indications, ou bien en pilules, suivant les désirs du malade ou les aptitudes de son estomac.

Si l'extrait était associé, soit au kermès, soit au tartre stibié, je le donnais constamment en pilules que j'avais soin de faire argenter. Tous les praticiens savent, en effet, l'éruption que le tartre stibié et le kermès déterminent chacun à sa manière, avec sa spécialité, dans la gorge et surtout dans la bouche, et j'ai été témoin de quelques faits dans lesquels cette éruption a été, surtout chez des vieillards, la cause immédiate de la mort.

Seul ou associé à l'antimoine, l'extrait de digitale était prescrit à doses progressivement croissantes, à commencer par 20 ou 30 centigrammes le premier jour, et en augmentant de 10 centigrammes chaque jour, jusqu'à une dose quotidienne de 60 centigrammes.

Puis, dès qu'un effet sédatif très-prononcé sur la circulation se manifestait, on continuait cette dose suffisante, soit sans l'élever, soit en l'élevant seulement de 5 centigrammes. Il devenait inutile de continuer aussi rapidement la progression ascendante. La dose secourable, active, était maintenue pendant plusieurs jours, puis on commençait à décroître, soit en prenant à l'inverse la progression ascendante, soit plus, soit moins rapidement.

Il est évident qu'à cet égard aucune règle générale et surtout absolue ne peut être établie. Chaque fait, chaque malade exige sa médication propre se rattachant à une méthode générale de traitement, comme il a sa maladie à lui se rattachant à une classe générale de maladies.

On pourrait se demander, et c'est une question que je me suis bientôt faite moi-même, si je ne m'étais pas exagéré la valeur de la

digitale dans cette médication au détriment de l'antimoine auquel je l'associais. La question a été bientôt jugée.

Et d'abord, dans un grand nombre de faits j'ai pu donner la digitale seule, sans aucune addition d'antimoine, soit kermès, soit tartre stibié, et j'ai obtenu des effets identiques, moins éclatants, sans doute, mais proportionnés à la maladie, puisque pour cette administration de la digitale à l'exclusion de tout autre moyen, j'ai dû choisir les cas les moins graves.

De plus, très-fréquemment, à mesure que j'élevais la dose de la digitale je diminuais la dose de la préparation antimoniale, au lieu de les augmenter simultanément. Ainsi, tandis que de 20 centigrammes d'extrait j'arrivais à 60, je maintenais la dose de 20 ou 40 centigrammes de kermès ou même je la diminuais.

Enfin, je dois ajouter que même dans les cas très-graves il m'est plusieurs fois arrivé de donner la digitale seule, mais avec le secours de la saignée et au besoin des applications de vésicatoires volants.

J'ai donc pu faire, comme on le voit, sans partialité, la part de la digitale et celle des préparations antimoniales.

L'inégalité que j'observais tout d'abord dans les effets de la digitale a dû me porter à rechercher quelles conditions en favorisaient l'action.

Or, voici ce que j'ai observé :

En général, la digitale agit d'autant mieux à haute dose qu'elle a été précédée d'une émission sanguine large, convenable, au besoin répétée. De même que la saignée préalable assure l'action du kermès et du tartre stibié, de même pour la digitale on peut compter sur une efficacité plus grande après une déplétion sanguine, circonstance qui tient selon toute apparence à ce que l'absorption devient alors singulièrement plus active.

Une autre condition qui favorise l'action de la digitale, c'est l'administration préalable d'un purgatif qui déblaye l'estomac et l'intestin. C'est un fait que j'ai vérifié bien des fois. On sait, en effet, qu'en général les gens de la campagne et même bon nombre d'ouvriers n'ont recours au médecin qu'après s'être préalablement et sans aucun avis médical purgés au moins une fois. Je remarquais combien, dans ces circonstances, les fortes doses de digitale étaient facilement tolérées et agissaient puissamment. Tirant parti de cette observation, j'en ai souvent fait une règle de conduite lorsque appelé au début de la pneumonie, l'état de la langue et les symptômes habituels dénotaient un état saburral de l'estomac. C'est, je crois, une précaution importante dans l'administration de la digitale.

Enfin, autant que je l'ai pu, j'ai constaté que la digitale agissait mieux associée à quelque substance légèrement alibile, comme le bouillon, soit pur, soit épaissi à l'aide de fécule ou de tapioca. L'addition d'une cuillerée de bouillon, ou à la pilule, ou à la cuillerée de potion, en assure la plus facile tolérance et la plus prompte absorption.

Les réflexions qui précèdent sont donc le résultat d'observations faites avec soin pendant un certain nombre d'années. Les résultats que j'ai obtenus m'ont paru de nature à fixer l'attention des praticiens. Je ne veux pas dire que cette médication soit infaillible, je n'en connais dans aucune maladie. Je ne veux pas même dire qu'elle soit et qu'elle sera toujours la meilleure. Ce que j'affirme seulement c'est qu'elle m'a donné de bons résultats.

Je me bornerai à citer quelques exemples seulement de guérisons de pneumonies à divers degrés à l'aide de cette médication.

1° Pneumonie double avec hépatisation des deux côtés. Galliot-Biziou, cultivateur aux Guetteries, âgé d'environ trente-huit ans, d'un tempérament robuste, est pris le 4 décembre 1855 de fièvre violente, avec toux fréquente, oppression, sans douleur de côté. Tous ces symptômes ont succédé à un refroidissement dont le malade indique le moment précis. La journée du 5 se passe de même. Il est purgé le 6 au matin. Je le vois le 6 dans la journée et je constate :

Pouls à 128, peau brûlante, haleine chaude, oppression considérable; toux extrêmement fréquente avec douleur vive au côté; expectoration de crachats rouillés caractéristiques; râle crépitant dans toute l'étendue du poumon droit et dans la partie inférieure du poumon gauche; dureté de la respiration dans la partie supérieure.

Je pratique immédiatement une saignée d'environ 1 kilogramme, puis je prescris :

Kermès.	25 centigrammes.
Extrait de digitale.	25 centigrammes.

En 25 pilules argentées.

Une pilule toutes les heures.

Le 8 le pouls est à 124-126; la peau est aussi brûlante, l'oppression aussi grande. Crachats rouillés, très-fortement rouillés; bruit de souffle sans aucun râle dans toute l'étendue du poumon droit, excepté au quart supérieur; râle crépitant général dans toute l'étendue du poumon gauche; état général grave, qui me donne la plus grande inquiétude; affaissement qui me fait reculer devant une nouvelle émission sanguine; le sang d'hier extrêmement couenneux.

Je prescris un très-large vésicatoire volant camphré sur le côté droit de la poitrine.

20 pilules avec 40 centigr. de kermès, — 40 d'extrait de digitale.

Le 9, aucun changement consolant dans la maladie ; toujours 124 pulsations. Toux, oppression, expectoration considérablement rouillée; bruit de souffle dans les mêmes points que la veille et de plus dans la partie inférieure du poumon gauche. État général aussi sérieux que possible.

Je prescris un large vésicatoire volant camphré sur le côté gauche de la poitrine.

20 pilules avec 50 centigr. de kermès et 50 d'extrait de digitale.

Les pilules ont été bien supportées, et le vésicatoire lavé avec soin dès que l'effet vésicant a commencé à se produire, afin d'éviter l'absorption de la cantharidine.

Le 10, au matin, état général toujours bien grave; une sorte de délire incomplet pendant la nuit : fièvre violente, 124 pulsations; oppression toujours grande; toux aussi fréquente; crachats rouillés contenant une grande quantité de sang; moins de souffle à droite; râle crépitant général ou souffle en bas à gauche; râle crépitant dans tout le reste du poumon.

20 pilules, 60 centigr. de kermès et 60 d'extrait de digitale.

Le 11 l'état s'est amélioré. Le pouls est à 112; la peau meilleure, l'expression incomparablement plus satisfaisante; moins de toux, moins d'oppression, crachats toujours très-fortement rouillés. Le souffle a disparu totalement à droite, où le râle crépitant est général. Un peu de souffle à gauche en bas; râle crépitant dans tout le reste du poumon. En somme, le malade accuse un peu de mieux :

70 centigr. de kermès et 70 d'extrait de digitale.

Le 12, amélioration notable; état général meilleur. Le pouls est à 98; la toux aussi fréquente, les crachats aussi fortement sanguinolents, mais l'oppression a un peu diminué. Pas de traces de souffle, seulement un râle crépitant général dans toute l'étendue des deux poumons.

On continue 70 centigr. d'extrait de digitale avec 1 gramme de kermès.

Le 13 l'amélioration continue. Le pouls est à 92-94, crachats rouillés, toux, oppression, pas de souffle. Râle crépitant aussi étendu mais moins abondant.

Même médication.

A partir de ce moment les accidents vont en diminuant : la fièvre, la toux, l'oppression se modèrent chaque jour davantage. Le râle

crépitant persiste jusqu'au 17 à 18 décembre, mais en diminuant chaque jour d'étendue et d'intensité. Le 18 décembre, le pouls est à 81, le 19 à 74, et les jours suivants il descend à 62.

Pendant plus de dix jours j'ai constaté le pouls à 62; le malade mangeait; on commençait à le lever auprès du feu, et j'avais permis l'usage d'un peu de vin. La dose de digitale avait été maintenue pendant six jours à 70 centigr., puis descendue progressivement à 20 et enfin totalement supprimée le jour où le pouls avait marqué 82 et où le râle crépitant avait complétement disparu.

Cette pneumonie est une des plus graves que j'aie observées depuis que je pratique la médecine. Si j'avais été forcé d'émettre une opinion dans les premiers jours de la maladie, en présence des altérations locales si étendues et si avancées et d'un état général si déplorable, je n'aurais pas un instant hésité à porter un pronostic fatal. Du reste, le même jugement en avait été porté par un confrère qui le matin du 10 avait vu le malade en mon absence.

Deuxième exemple. — Urbain Même, employé d'une maison de commerce place aux Fruits, à Tours, dix-huit ans environ; constitution robuste. Pneumonie du côté droit avec pleurésie.

Le malade qui fait le sujet de cette observation était vu par mon confrère, M. le docteur Aguzzoli, lorsque je fus appelé au troisième jour de la maladie. Je constatai, comme mon confrère, une pleuro-pneumonie du côté droit, avec tous ses symptômes habituels : crachats rouillés, toux, oppression, douleur vive au côté, râle crépitant dans toute l'étendue du poumon avec souffle à la base; quelques bulles de râle crépitant à gauche et en bas.

Nous convenons d'une saignée d'environ 700 grammes, de l'application sur le côté d'un large vésicatoire volant, camphré, puis de l'administration du kermès et de la digitale, en débutant par 20 centigr. de kermès et 20 centigr. d'extrait de digitale en 20 pilules. Une pilule toutes les heures.

La résolution s'opéra assez rapidement : l'extrait de digitale fut porté à la dose quotidienne de 60 centigr. par jour, et, chose remarquable, loin qu'il déterminât un effet diurétique, le malade fut, au contraire, jusqu'à vingt et vingt-quatre heures sans éprouver le moindre besoin d'uriner.

Le pouls tomba à 46 et il s'y maintint constamment pendant plusieurs jours, bien que le malade mangeât et fût dans un état assez satisfaisant pour pouvoir être transporté dans sa famille, à 20 kilomètres de Tours.

Troisième exemple. — Il s'agit ici d'une pneumonie qui a été trai-

tée par la digitale après saignée, sans aucune addition de kermès.

Meyer, typographe, maison Mame, cinquante-deux à cinquante-trois ans, homme d'une constitution assez robuste, habituellement bien portant.

Le 14 juin 1854, Meyer, à la suite d'un travail un peu forcé, est pris de fièvre avec toux vive et oppression. Cet état continue le 15, je le vois le 16 et je constate :

Pouls à 120 ; peau brûlante ; toux fréquente ; oppression considérable ; crachats très-sanguinolents ; râle crépitant fin dans toute l'étendue du poumon droit.

Je pratique une forte saignée d'environ 1 kilogr., et je prescris une potion avec 30 centigr. d'extrait de digitale ; tisane pectorale, bouillon.

Le 17, pouls à 118, un peu moins de toux et d'oppression ; même expectoration, mêmes phénomènes d'auscultation.

Potion avec 40 centigr.

Le 18 pouls à 96, moins de toux, moins d'oppression, expectoration beaucoup moins sanguinolente ; râle crépitant, s'entendant encore dans toute l'étendue du poumon droit, mais beaucoup moins abondant, moins épais en quelque sorte.

Potion avec 50 centigrammes.

A partir de ce moment, diminution progressive des accidents : la toux disparaît ainsi que l'oppression, les crachats cessent d'être sanguinolents, le râle crépitant décroît graduellement. Le pouls tombe à 64, puis 56. Le 24, septième jour de la maladie, la résolution de la pneumonie est complète. On n'entend plus aucun râle, le malade entre en convalescence.

Le 26 le pouls tombe à 56, et cependant le malade mange et la température étant très-chaude, je lui permets de sortir un peu.

Je terminerai enfin par un quatrième exemple :

Il a trait à une pneumonie très-circonscrite, limitée, qui a pu être traitée par la digitale seule.

Jean, domestique, âgé de trente-deux ans, entre à l'hôpital Saint-Gatien. Ce garçon, d'un tempérament peu robuste, prend un refroidissement dans son service de cocher ; une bronchite aiguë survient avec de la fièvre, de la toux, qui le détermine à entrer à l'hôpital. Je l'examine et je constate une pneumonie qui occupe toute la partie inférieure du poumon gauche ; de la toux, de l'oppression. Le pouls est à 98.

On donne un looch huileux purgatif ; puis, le lendemain, on

commence l'usage de l'extrait de digitale, en augmentant chaque jour de 10 centigrammes.

Le huitième jour, la résolution était complète; la fièvre avait totalement disparu, le pouls très-notablement ralenti, 58 à 60, et le malade entrait en convalescence.

Dix jours après environ, une imprudence sérieuse déterminait chez le malade un épanchement pleurétique, sans aucun retour de la pneumonie, et cela dans ce même côté gauche. Une nouvelle médication devenait alors nécessaire.

Je n'ai parlé jusqu'ici de l'emploi de la digitale dans la pneumonie aiguë que chez les adultes. Son efficacité est bien autrement puissante et facile à vérifier chez les très-jeunes enfants. Ici, en effet, l'action thérapeutique est bien nettement définie, saisissable par conséquent. L'usage de la digitale n'est ni précédé ni accompagné, soit d'émissions sanguines, soit d'administration de kermès ou de tartre stibié. Si un résultat thérapeutique est obtenu, il est en entier l'œuvre de la digitale, puisqu'elle seule est administrée au malade.

Or, voici ce que j'ai constaté.

En général, les enfants, et je parle ici même de la première enfance, qui comprend les deux premières années de la vie, supportent merveilleusement bien la digitale dans la pneumonie. En dissolvant l'extrait hydroalcoolique dans un lait d'amandes sucré, l'enfant prend le médicament avec plaisir ou tout au moins sans répugnance, et son estomac s'en accommode également bien.

Le plus souvent, pour un enfant de dix-huit à vingt mois, je commence par une dose quotidienne de 4 ou 5 centigrammes, qu'on élève successivement de 2 centigrammes par jour jusqu'à ce qu'on atteigne 12 à 14 centigrammes, dose véritablement très-considérable.

Le jour où se manifeste une action notable sur le pouls, je crois prudent de ralentir la progression ascendante, ou même, si cette action est très-énergique, de continuer quelques jours la même dose, puis de descendre en suivant une progression proportionnée à la rapidité de l'amélioration.

Très-communément il m'a été nécessaire d'élever la dose jusqu'au sixième et septième jour, et d'atteindre ainsi 12 centigrammes, puis de continuer, deux ou trois jours, à 12 centigrammes, pour décroître ensuite de 2 centigrammes par jour.

C'est là, je crois, la règle générale ; mais je désire qu'on remarque bien que ce n'est qu'une règle générale.

Comme chez les adultes, l'action sur le système circulatoire et l'action résolutive sur le poumon sont deux faits simultanés, et dont

l'un peut en quelque sorte servir de mesure à l'autre. Comme chez les adultes encore, la digitale porte vivement à la peau, sans avoir aucun effet bien appréciable sur la sécrétion urinaire ni sur le tube digestif.

On peut donc dire que chez les très-jeunes enfants la digitale agit comme chez les adultes, mais que ses effets y sont peut-être encore plus manifestes.

Le nombre des cas pour lesquels j'ai prescrit la digitale dans la pneumonie de la première enfance est très-considérable. On sait en effet combien la pneumonie est commune à cet âge, et surtout la pneumonie lobulaire. Je me bornerai à raconter un des derniers que j'aie observés, parce qu'il est un exemple bien complet de la médication digitalée.

Un enfant de vingt-deux mois, d'une assez chétive constitution, est pris de toux avec oppression et fièvre. Le ailes du nez sont agitées à chaque mouvement respiratoire; le sillon péripneumonique très-marqué à la base de la poitrine. Tous ces symptômes sont très-manifestes au moment où je suis appelé, second jour de la maladie.

J'ausculte la poitrine et je constate l'absence de toute matité. Du râle sous-crépitant dans toute l'étendue du poumon gauche; le même râle disséminé dans le poumon droit. Le pouls à 130; les inspirations à 58.

Je prescris l'application de deux vésicatoires camphrés aux mollets.

Un looch blanc avec 5 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique d'extrait de digitale, à prendre par cuillerées à café toutes les demi-heures.

Le quatrième jour, l'état s'est peu modifié. Les vésicatoires ont produit une énorme phlyctène. Pouls à 130. Toux, oppression; 56-58 inspirations par minute. Mêmes phénomènes à l'auscultation; seulement le râle est plus prononcé à droite. Le poumon gauche fait entendre du sommet à la base du râle sous-crépitant; peut-être un peu de souffle en bas, comme si dans ce point la pneumonie devenait lobaire.

Le looch avec 75 milligrammes d'extrait hydro-alcoolique de digitale.

Cinquième jour. Même état, même fièvre, même oppression. Le souffle est décidément manifeste dans la partie inférieure du poumon gauche. Dans tout le reste, râle sous-crépitant abondant.

Le looch avec 10 centigrammes.

Sixième jour. Peu de changement à cela près qu'il y a moins d'affaissement dans l'état général de l'enfant. Même fièvre. Un peu

moins d'oppression. Le souffle a disparu. Râle sous-crépitant général.

Le looch avec 12 centigrammes.

Septième jour. Je ne peux voir l'enfant que dans la soirée, et, avant même que je l'examine, on m'annonce de l'amélioration. En effet, le petit malade a paru s'occuper des choses qui l'entourent; il a suivi des yeux les personnes. Moins d'oppression, moins de soif, moins de fièvre; le pouls est à 108. Pas de traces de souffle. Le râle crépitant est même moins prononcé dans le côté gauche; il est simplement disséminé dans le côté droit.

Continuation du looch à 12 centigrammes.

La mère me fait remarquer qu'elle a un peu augmenté les cuillerées du dernier looch; que l'enfant en a pris presque un et demi dans les vingt-quatre heures (y trouvant bon goût, me dit-elle), en sorte qu'il a réellement absorbé 16 à 17 centigrammes d'extrait.

A partir de ce moment, la résolution s'opéra sans aucun obstacle. Le pouls descendit jusqu'à 88 et s'y maintint quelques jours. L'oppression disparut, et peu à peu avec elle les râles sous-crépitants, qui avaient été si abondants.

L'enfant entra en convalescence vers le douzième jour.

Au moment où j'écris ces lignes, un autre enfant de vingt-trois mois est au huitième jour d'une pneumonie grave (Durand, à la Tranchée, près Tours). La prescription de ce matin est de 12 centigrammes d'extrait de digitale. La pneumonie commence aujourd'hui à entrer en voie de résolution. Aujourd'hui aussi le pouls a notablement diminué de fréquence et l'oppression d'intensité.

Je me borne à citer ces quelques exemples, et je crois qu'ils suffiront à démontrer à la fois et l'efficacité de la médication et la facilité de son emploi. Je ne saurais trop redire, en terminant ce petit travail, combien je reste convaincu de la puissance de la digitale dans la pneumonie aiguë en tant qu'agent contro-stimulant, c'est-à-dire au même titre que les préparations antimoniales. A mesure que l'attention des praticiens sera fixée sur ce point, les expériences se multiplieront, et j'ai la certitude que bientôt la digitale tiendra dans le traitement de la pneumonie aiguë la place qu'elle mérite d'y occuper.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la rupture de l'ankylose de la hanche.

Des preuves incontestables ont établi les avantages de la rupture des adhérences dans certaines ankyloses du genou, et les chirurgiens au courant de la science n'hésitent plus à recourir à cette méthode dans les flexions angulaires que leur date récente et leur simplicité permettent de traiter par des moyens énergiques. La même faveur n'a pas accueilli le redressement brusque de la hanche soudée, et conservant une direction vicieuse. Dans les établissements orthopédiques, ces difformités sont combattues par les tractions graduées, dont l'inutilité est démontrée chaque jour; et dans les hôpitaux, comme dans la pratique civile, on les abandonne à elles-mêmes : heureux les malades lorsqu'on ne vient pas tenter sur eux la section du fémur, conseillée par Barthon, et qui, malgré sa barbarie et ses dangers, conserve encore quelques partisans!

Entre ces méthodes insuffisantes ou dangereuses, il existe une médication intermédiaire, à la fois innocente et efficace, lorsqu'elle est convenablement employée. Nous voulons parler de la rupture sous-cutanée des adhérences.

M. Bérend, de Berlin, a fait sur ce sujet une lecture à l'Académie de médecine. Il a fait connaître à cette compagnie savante l'observation de quatre malades dont la cuisse était allongée à la suite de coxites rhumatismales, et chez lesquels une extension brusque, pratiquée pendant l'éthérisation, a produit la rupture des adhérences et la disparition de la difformité. Des photographies représentant les malades avant et après le traitement ont permis de juger l'importance des résultats obtenus par l'auteur. Cependant M. Bérend, ayant présenté comme nouvelle la méthode qu'il avait employée, et ses assertions tendant à enlever à la chirurgie française un honneur qui lui revient incontestablement, nous croyons devoir exposer les phases par lesquelles a passé la rupture de l'ankylose de la hanche. Cette histoire nous fournira aussi l'occasion d'examiner les procédés à suivre dans cette rupture, les résultats qu'elle a produits, et, par suite, les cas auxquels il convient de l'appliquer.

Il est difficile de dire quels sont les premiers chirurgiens qui ont redressé la hanche ankylosée par des mouvements brusques imprimés au fémur. Mais ce qui est certain, c'est que leur pratique, conservée par des rebouteurs, n'est jamais tombée complétement en désuétude. Nous trouvons un exemple de cet ordre d'opérations

dans l'appendice que Pravaz a ajouté à son Traité des luxations congénitales du fémur, publié en 1846. Il s'agit d'une ankylose de la cuisse presque complète et succédant à une inflammation aiguë de la hanche. Un rebouteur rompit cette ankylose, en plaçant le jarret du côté malade sur l'une de ses épaules, et le soulevant avec force pendant qu'il pressait avec les deux mains sur la partie antérieure des os des iles. La flexion forcée de la cuisse détermina des craquements dans l'articulation, et le résultat définitif fut la disparition presque complète de la claudication. Des faits analogues existeraient peut-être en assez grand nombre dans la science, si l'on s'était occupé d'en recueillir l'histoire.

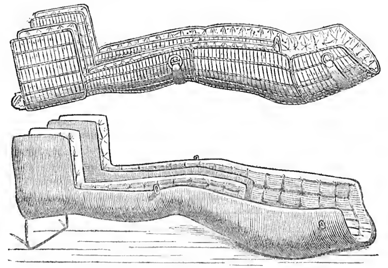
Quoi qu'il en soit, aucun auteur moderne ne s'occupait du redressement brusque de la hanche déformée, lorsque M. Bonnet, de Lyon, publia en 1850, dans la Gazette médicale de Paris, un mémoire sur la rupture de l'ankylose. Après avoir étudié ce sujet en général, et l'avoir examiné dans le genou en particulier, il arrivait à l'exposition des procédés applicables à l'articulation de la hanche.

Suivant les difficultés, il conseillait, tantôt de simples mouvements imprimés avec les mains, tantôt des mouvements secondés de la section sous-cutanée des muscles dont la rétraction opposait une forte résistance. Voici en quels termes il décrivait les mouvements que réclamait le rétablissement de la forme normale.

« A la hanche comme au genou, c'est à l'aide de la flexion forcée que l'on peut détruire le plus aisément les adhérences qui unissent les os. Si l'on veut pratiquer cette opération, on commence par rendre le malade insensible à l'aide du chloroforme ou de l'éther, et deux aides vigoureux assujettissent solidement le bassin sur le lit. L'opérateur, saisissant alors la cuisse ankylosée, cherche à augmenter sa flexion et à lui faire toucher le devant du tronc. A ce mouvement de flexion forcée il fait succéder des efforts d'extension, et en répétant ces mouvements alternatifs un certain nombre de fois, il ne tarde pas à entendre les craquements qui annoncent la rupture. Celle-ci opérée, on tâche de la rendre plus complète par des mouvements de latéralité et par des mouvements de rotation. Ces mouvements peuvent être continués pendant cinq à huit minutes, afin de ramener autant que possible le membre à la rectitude. »

Comme la difformité se serait reproduite si le membre redressé n'avait pas été solidement assujetti, et qu'une immobilité parfaite peut seule mettre à l'abri de l'inflammation qu'entraîne une rupture d'ankylose, l'auteur conseillait de placer, immédiatement après

l'opération, le malade dans la grande gouttière qu'il a fait construire pour les lésions du bassin, de la hanche, et de la partie supérieure du fémur. Cette gouttière embrasse tout à la fois les deux tiers postérieurs des membres abdominaux et du tronc. Elle est disposée de manière à maintenir toutes ces parties dans l'immobilité et dans la rectitude.



Les figures suivantes du Traité thérapeutique des maladies articulaires de M. Bonnet, dont nous devons la communication à l'obligeance de M. J.-B. Baillière, en donnent une idée plus exacte que ne pourrait le faire une longue description.

Après cette exposition de sa méthode, l'auteur citait ou rappelait l'observation de six malades auxquels il l'avait appliquée. Chez trois d'entre eux, les résultats immédiats et définitifs avaient été également favorables. Avec les traitements fonctionnels et généraux que réclamaient les éléments morbides autres que la difformité, les malades s'étaient rétablis, et avaient recouvré avec le temps la faculté de marcher. Dans trois autres cas, le redressement immédiat avait été en grande partie obtenu; mais les résultats définitifs n'avaient eu rien de satisfaisant.

Depuis la publication de son Mémoire de 1850, M. Bonnet ayant trouvé des cas réfractaires au redressement immédiat, ou dans lesquels des complications morbides avaient laissé ce redressement sans utilité, formula, dans son Traité de thérapeutique des maladies articulaires publié en 1853, une opinion très-réservée sur les avan-

tages de la rupture des ankyloses de la hanche. Il reconnaissait que cette rupture ne réussissait pas à la hanche comme au genou ; et, tout en la conseillant avec instance dans les ankyloses, suite d'arthrites aiguës, il établissait que de nouvelles études étaient nécessaires pour les cas où les adhérences étaient très-solides, et ceux où des lésions graves, des fongosités ou des abcès compliquaient la difformité et les adhérences.

Ces études, dont il démontrait la nécessité, l'auteur n'a cessé de les poursuivre ; et à la fin de 1854, il fit part à la Société de médecine de Lyon du résultat de ces nouvelles recherches (1).

Dans ce mémoire, dont nous reproduirons plus loin les parties principales, l'auteur citait l'observation de cinq nouvelles ruptures faites avec des modifications propres, suivant lui, à en assurer la réussite.

De ces cinq cas, trois appartenaient à des ankyloses avec raccourcissement, deux à des ankyloses avec allongement. A ne considérer que le résultat mécanique, c'est-à-dire le redressement, les suites de ces opérations étaient très-satisfaisantes ; l'innocuité de la méthode se montrait dans tout son jour ; mais le rétablissement de la marche était loin d'être constante. A côté de guérisons dans des ankyloses, suite d'inflammations simples, on voyait la maladie suivre son cours, chez des sujets scrofuleux ; et l'ankylose se reproduire, seulement en meilleure position, s'il existait une diathèse rhumatismale chronique.

Ces citations suffisent pour montrer combien de travaux existent dans la science sur la rupture de l'ankylose de la hanche, et combien M. Bérend, de Berlin, est peu autorisé à présenter comme lui appartenant cette méthode orthopédique, qu'il décrit sous le nom d'*extension brusque*, dans son mémoire présenté à l'Académie impériale de médecine de Paris, le 20 novembre 1855. Quoi qu'il en soit, il est curieux de rechercher jusqu'à quel point sa méthode et les résultats qu'elle a produits se rapprochent ou s'éloignent de la méthode et des résultats que nous venons d'indiquer.

Les quatre observations que cite M. Bérend ont rapport à des coxites rhumatismales ayant entraîné des adhérences dans la position où le membre est allongé, c'est-à-dire dans celui où la cuisse est portée dans l'abduction et la rotation en dehors. Dans tous les cas, après avoir éthérisé le malade et fixé le bassin, l'auteur flé-

---

(1) L'analyse détaillée de ce mémoire se trouve dans la Gazette médicale de Lyon, année 1854, p. 357.

chit fortement la cuisse et l'entraîne autant que possible en dedans.

Cette manière d'agir n'est que l'application des règles posées par M. Bonnet. Détruire l'allongement, en faisant disparaître l'abduction et la rotation en dehors, c'est appliquer les principes que ce dernier auteur n'a cessé de développer dans tous ses mémoires sur la question, quoiqu'il y ait exagération à pousser les efforts jusqu'à l'adduction.

Quant au traitement consécutif, M. Bérend ne le décrit pas avec détail ; mais tout fait présumer qu'il assujettit le membre redressé à l'aide d'un appareil.

Dans les quatre observations qu'il cite, on voit la hanche revenir à une bonne direction ; mais deux malades affectés de coxites rhumatismales simples arrivent seuls au rétablissement d'une marche satisfaisante. Chez un troisième, sans doute moins bien portant, il survient une suppuration qui retarde la convalescence de six mois, et en ce qui regarde le quatrième malade, l'auteur regrette que son séjour n'ait pas été aussi long qu'il l'aurait désiré pour rendre à la hanche encore plus de mobilité et d'élasticité.

En résumé, les faits cités par M. Bérend, réunis à ceux dont les annales de la science conservent la tradition et aux observations que M. Bonnet a citées, prouvent qu'après la rupture de l'ankylose de la hanche le redressement immédiat est tout à la fois possible et sans danger; mais qu'on ne doit en attendre des résultats complets qu'à la suite des coxites rhumatismales simples. S'il y a tendance à la suppuration et altération dans la santé; si la mauvaise direction du membre et sa fixité ne sont que des éléments d'une coxalgie grave, on peut remédier à la difformité sans rien enlever à la gravité du mal; le membre est droit, mais les lésions persistent et suivent leur cours. Comme on vient de le voir, les faits sont ici parfaitement d'accord avec les présomptions raisonnables : il y aurait une égale exagération à proscrire la méthode et à la présenter comme une panacée. *(La suite au prochain numéro.)*

De l'entérotomie lombaire et iliaque dans les cas d'imperforations du rectum.

Dans l'examen que nous avons fait récemment de l'état de la thérapeutique concernant les imperforations de l'anus et du rectum [1], nous avons signalé les divers procédés opératoires qui ont pour but de rétablir la continuité de l'intestin par la voie périnéale. Quant à

[1] Voir tome XLIX.

l'entérotomie lombaire et iliaque, quoiqu'elles constituent, appliquées aux atrésies rectales, des ressources réelles, ce sont, disions-nous, des opérations si graves, elles créent chez les enfants des infirmités si dégoûtantes, que nous n'oserions nous prononcer, et encore moins établir la prééminence de l'une de ces méthodes sur l'autre. Aussi faisions-nous appel à l'expérience toute spéciale de M. Amussat. Notre savant confrère avait bien voulu se mettre à l'œuvre; après nous avoir lu le début de son travail, il nous avait remis une figure destinée à faire connaître une nouvelle modification qu'il avait apportée à sa méthode de prédilection. Malheureusement une mort inattendue est venue l'empêcher de terminer ce mémoire et de dire son dernier mot sur cette importante question.

Dans un rapport sur un travail communiqué à l'Académie de médecine, par M. Leprestre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, M. Robert a été amené à discuter ce point de pratique. Voici d'abord le fait qui a servi de base au mémoire de M. Leprestre; c'est un cas de succès à enregistrer à l'appui de la méthode de Littre.

Obs. Le 20 août 1853, on présenta à l'Hôtel-Dieu de Caen un enfant de deux jours, atteint d'une imperforation complète de l'anus et en proie à de graves accidents. Comme il n'y avait aucune trace d'ouverture anale, que rien ne faisait soupçonner l'existence dans la région périnéale de l'intestin distendu par des matières, M. Leprestre, après avoir fait inutilement une incision dans cette région, recourût de suite à une ressource ultime, c'est-à-dire à l'établissement d'un anus contre nature. Il se décida pour la méthode de Littre.

Il fit, au-dessus de l'arcade fémorale, à gauche, une incision d'environ 2 centimètres, ouvrit le péritoine, ce qui donna lieu à l'issue d'une notable quantité de sérosité citrine; l'ouverture fut agrandie, pendant que de la main gauche le chirurgien repoussait l'intestin qui tendait à sortir; puis l'indicateur fut à la recherche de l'S iliaque. L'intestin découvert, on l'approcha de l'incision, et on le maintint à l'aide d'un stylet recourbé en crochet; une incision longitudinale faite à l'intestin livra issue à une grande quantité de méconium. Le stylet servit de conducteur à un fil ciré, à l'aide duquel on maintint en place l'anse intestinale divisée.

Immédiatement après l'opération, l'état général s'améliora notablement; les matières intestinales s'écoulèrent facilement. Le troisième jour, on retira le fil. Dans l'espace de sept mois, aucun accident sérieux; une fois on observa le renversement de la membrane muqueuse de l'intestin; mais il céda à l'usage des lavements émollients. Les matières devinrent moulées, et ne coulèrent pas continuellement. A l'âge de quatorze mois, l'enfant succomba au choléra, alors épidémique.

L'autopsie a démontré que le cul-de-sac rectal s'arrêtait à 35 millimètres du périnée, au-dessus des releveurs de l'anus, dont les fibres se réunissaient complétement et lui formaient comme un plancher. De la terminaison de l'intestin partait un cordon qui allait se perdre dans la peau du périnée. Toute la partie de l'intestin comprise entre l'ouverture artificielle et le cul-de-sac rectal était

remplie de matières durcies; c'était bien sur l'S iliaque du colon qu'avait porté l'incision.

Dans notre travail, en parlant de la méthode de Littre, nous faisions remarquer que nous avions vu échouer la plupart des tentatives pratiquées dans les hôpitaux de Paris. Le succès obtenu par M. Leprestre, auquel nous pouvons joindre celui que M. Goyrand, d'Aix, a publié il y a quelques mois dans la Gazette médicale, mettent seulement en relief à nos yeux la grande différence des résultats qui suivent les opérations dans les hôpitaux de Paris et ceux des provinces, ou dans la pratique civile. Le nombre considérable des faits dont nous avions été témoin et le talent des opérateurs nous étaient garants que dans l'espèce, c'est-à-dire dans la pratique nosocomiale de Paris, le doute n'était pas permis, et que l'expérimentation clinique donnait la prééminence à la méthode lombaire. M. Robert, dans son rapport, émet un avis semblable, sans toutefois établir aucune réserve.

« La méthode de Littre, dit-il, a donné, entre les mains de M. Leprestre, un succès de plus ; mais ce succès est-il de nature à atténuer les objections qui pèsent sur cette méthode, à démontrer qu'elle doit être préférée à toute autre méthode d'entérotomie ? Telle n'est pas la pensée du rapporteur. La lésion inévitable du péritoine constitue un danger des plus graves pour l'opération de Littre, et, quoi qu'on en ait dit, la péritonite n'est ni moins fréquente, ni moins funeste chez l'enfant nouveau-né qu'aux autres époques de la vie ; c'est ce qui résulte des observations de Billard, des recherches de M. Bouchut, de l'excellent travail de M. Thore. Parmi les causes de la péritonite, M. Thore signale les vices de conformation qui peuvent être un obstacle au cours des matières, et dans toutes les opérations d'anus artificiel, ajoute M. Robert, que j'ai faites ou vu faire, suivant la méthode de Littre, j'ai constaté qu'à l'ouverture du péritoine, il s'échappe une certaine quantité de sérosité, témoignage irrécusable de l'hypérémie dont cette membrane est déjà le siége ; le contact de l'air, les manipulations réitérées doivent être, dans ces conditions, une cause puissante d'inflammation.

« On peut encore faire à la méthode de Littre d'autres objections : si l'incision des parois abdominales, premier temps de l'opération, est simple et facile, il n'en est pas de même du deuxième temps, qui consiste à amener au dehors l'S iliaque du colon ; pendant cette manœuvre, l'intestin grêle se précipite à l'extérieur, et il devient souvent très-difficile de le refouler. Dans un cas, M. Robert s'est même vu dans la nécessité de fixer une anse d'intestin grêle, pour

ne pas prolonger indéfiniment l'opération. — D'autres difficultés proviennent de la position anormale occupée par le gros intestin. En effet, à cause de la longueur considérable de cette portion du canal digestif, l'S iliaque du fœtus et du nouveau-né décrit une longue circonvolution, qui commence dans la fosse iliaque gauche, et même plus haut, se dirige transversalement jusque dans la fosse illiaque droite, de là se replie de nouveau pour plonger de droite à gauche dans l'excavation pelvienne. Ce fait, dont l'observation est due à M. Huguier, permet de concevoir comment, ne pouvant trouver le colon, des chirurgiens habiles ont été conduits à abandonner la recherche de cet intestin, et à fixer dans la plaie une anse de l'iléon. Tous ces tâtonnements ajoutent encore aux chances de péritonite.

« L'entérotomie lombaire, dite de Callisen, doit-elle être relevée de la défaveur où elle est encore aujourd'hui, et même y aurait-il lieu de la préférer à sa rivale ? La méthode de Callisen, perfectionnée par M. Amussat, repose sur la possibilité d'ouvrir le colon lombaire gauche, sans pénétrer dans le péritoine. Elle est plus difficile que celle de Littre, à cause de l'épaisseur plus grande des parties à diviser ; de plus, en suivant le procédé généralement décrit, on n'est pas toujours certain d'éviter la blessure du péritoine ou de mettre à découvert le gros intestin, sans de longs et périlleux tâtonnements.

« En effet, le colon peut varier de position, et il n'affecte pas toujours les mêmes rapports avec sa tunique séreuse. 1° Il peut se diriger en dedans, passer au devant du rein ; il devient alors presque impossible de ne pas blesser le péritoine ; c'est la même anomalie qui expose à saisir l'intestin grêle, comme M. Gosselin l'a observé deux fois dans des expérimentations sur le cadavre ; 2° derrière le colon, le péritoine s'adosse quelquefois à lui-même, et forme un petit méso-colon qu'il est facile de déchirer. Toutefois, d'après mes recherches, cette disposition serait assez rare chez l'enfant nouveau-né.

« En présence de ces faits, je conçois l'hésitation des praticiens qui, entre deux voies semées d'écueils, continuent à suivre celle dont ils ont le plus d'habitude.

« J'ai fait quelques recherches anatomiques sur des cadavres d'enfants mort-nés ou ayant succombé deux ou trois jours après la naissance, avant que le méconium n'ait été évacué. Cette réserve m'a paru nécessaire, parce que j'ai observé que le volume, la longueur et la position du gros intestin se modifient très-rapidement

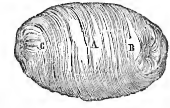
après la naissance. Or, il m'a été donné d'observer deux faits importants. D'une part, c'est que le colon descendant est d'autant moins enveloppé par le péritoine qu'on l'examine plus près de la base de la poitrine, et plus près du coude que forme l'arc du colon pour devenir colon descendant. D'une autre part, c'est que dans les cas de déviation, le colon descendant conserve sa position normale en haut. Il en résulte que pour éviter la lésion du péritoine, l'ouverture de l'intestin devra être faite tout près du rebord des fausses côtes et non pas au milieu de l'espace compris entre la base de la poitrine et la crête iliaque. L'incision étant faite au lieu que j'indique, on aperçoit une portion de la face postérieure du rein et immédiatement en dehors l'intestin distendu par le méconium.

« La méthode de Littre est seule applicable à un vice de conformation dont M. Depaul a montré deux exemples à l'Académie, à l'oblitération de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle; dans les cas de cette espèce, il faut chercher l'iléon à travers la région de l'aine et l'ouvrir. M. Depaul est arrivé à reconnaître l'existence de cette oblitération intestinale à l'aide des signes suivants : conformation normale de l'anus et du rectum ; possibilité d'administrer des lavements qui n'entraînent qu'une petite quantité de mucus ; possibilité d'introduire assez profondément dans le rectum une sonde de gomme élastique; vomissements précoces ; matières vomies promptement colorées par le méconium ; gonflement peu considérable du ventre. » M. Robert, en rappelant les signes indiqués par M. Depaul, en a omis un très-important, la sonorité perçue sur le trajet présumé du gros intestin. Cet apport de la percussion au diagnostic du point où se termine la portion supérieure du canal intestinal est considérable.

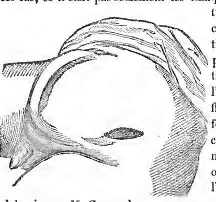
Dans son rapport et dans la discussion qui l'a suivie, M. Robert a prêté une attention aussi grande à l'examen de la méthode opératoire que de la question médico-légale incidente que l'on trouvera discutée aux *Variétés*; il n'en a pas été de même des orateurs qui ont pris la parole dans la discussion. Le point de vue chirurgical a été fort négligé.

M. Larrey seul s'est placé au point de vue de l'expérimentation clinique. Il a cité d'abord le fait d'un enfant venu au monde avec une imperforation du rectum, et qu'il adressa en 1839 à M. Amussat. Opéré par la méthode lombaire, cet enfant a vécu cinq ans et demi. M. Larrey a appelé encore l'attention des chirurgiens sur un accident très-grave qui peut se produire à la suite des opérations d'entérotomie lombaire, et il en a fourni un exemple en plaçant sous

les yeux de l'Académie le dessin d'une double invagination survenue chez un enfant opéré par M. Maisonneuve. On aperçoit à la région lombaire deux appendices très-longs : le supérieur présente à son extrémité une perforation par laquelle les matières s'échappent de temps en temps et non d'une manière continue ; l'appendice inférieur présente une portion plus étroite, qui ne livre passage qu'à des mucosités. Ces deux diverticules, qui aboutissent à l'ouverture de l'anus artificiel, présentent un phénomène curieux. C'est tantôt le supérieur qui est dilaté, et cette dilatation coïncide avec l'afflux des matières stercorales, tantôt l'inférieur; ce dernier phénomène s'observe quand l'enfant fait des efforts ou pousse des cris, et l'on voit alors des mucosités s'échapper en abondance. Cette procidence de la muqueuse intestinale pouvant, comme dans le cas cité par M. Larrey, devenir irréductible, constitue, ainsi que l'a fait remarquer le sagace chirurgien, une objection sérieuse contre la méthode.

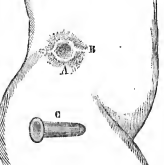


Cette procidence de la muqueuse est commune aux deux méthodes ; mais la saillie formée par les tuniques internes de l'intestin dans les anus iliaques est moins considérable et présente une forme ovoïde, ainsi qu'on le voit dans la figure ci-contre. M. Goyrand a fait remarquer que dans ces cas, ce n'était pas seulement les tuniques internes qui constituent la tumeur, mais encore la portion de l'intestin qui, substitué en ce point à la paroi du ventre, ne peut résister à l'impulsion des viscères flottants et se renverse, en formant une sorte de poche séreuse à l'intérieur, muqueuse en dehors. Pour opposer une résistance à l'impulsion des viscères abdominaux, M. Goyrand exerce une compression modérée sur la saillie muqueuse au moyen d'une compresse plusieurs fois repliée et fixée par une bande en spica sur la tumeur préalablement cou-



verte d'une compresse fine imbibée d'huile. Grâce à l'action de cet appareil, la sortie de l'intestin est prévenue, ou elle est réduite lorsqu'elle s'est formée. La gravure ci-contre en offre un exemple. Pendant la cicatrisation de la plaie, l'action du bandage doit être faible; il n'en est plus de même lorsque l'ouverture de l'anus artificiel est bien organisée; on peut ne plus craindre de presser pour prévenir l'extroversion de l'intestin.

Notre regretté confrère Amussat se proposait, dans la discussion de l'Académie, de signaler le moyen de parer à cette procidence de la muqueuse intestinale après la méthode lombaire. Il espérait que cette dernière modification à son procédé d'entérotomie serait d'autant mieux reçue, qu'elle avait subi l'épreuve clinique. Ainsi le fils du consul, dont M. Robert a entretenu l'Académie, est un exemple de la valeur du procédé nouveau dont on voit les résultats dans la gravure ci-contre (1). Nous n'avons pas à décrire le procédé opératoire tel que M. Amussat l'enseignait, il est aujourd'hui classique. Nous nous bornerons à indiquer la modification qu'il lui a fait subir, et qui, mieux que la compression conseillée par M. Goyrand, met l'enfant à l'abri de l'invagination de la muqueuse intestinale.



Pour prévenir ce fâcheux accident, au lieu de se borner à ouvrir la paroi du colon, et de maintenir ainsi la continuité de l'intestin, M. Amussat a eu l'heureuse idée d'amener le colon au dehors, et de mettre toute la circonférence de la muqueuse intestinale en rapport avec les lèvres de la plaie faite à la peau, puis de l'y fixer par des points de suture. La mise en œuvre de cette modification présente des difficultés ; et l'on trouvera signalées dans les notes du savant chirurgien les précautions à prendre pour en opérer le succès. Ce qu'il nous importe ici, c'est d'en mettre en relief les avantages, car ils sont considérables. En effet, le nouveau procédé opératoire ferme la partie du colon qui est située au-dessous de l'anus artificiel, et s'oppose ainsi à ce que les matières excrémentitielles liquides y puis-

(1) L'artiste a oublié en dessinant cette figure de la retourner, de sorte que l'anus artificiel est représenté dans la région lombaire droite au lieu de la gauche, il nous suffit de signaler cette erreur pour la réparer.

sent pénétrer. Ces matières ne pouvant plus s'échapper que par l'ouverture lombaire A, M. Amussat a tenté de le fermer à l'aide d'un bouchon en caoutchouc C, dont la forme est représentée dans la gravure ci-dessus. Ce bouchon est maintenu en place à l'aide d'un bandage de corps étroit; lorsqu'on l'enlève, l'intestin se vide. Tel est le procédé que M. Amussat a mis en pratique chez l'enfant dont M. Robert a parlé à l'Académie. Notre confrère a dû se borner à annoncer à la savante Compagnie que cet enfant avait atteint l'âge de cinq ans, sans qu'aucun accident dû à son anus artificiel se fût manifesté; qu'il jouissait d'une santé excellente. Les renseignements que nous ajoutons, tout incomplets qu'ils soient, ne sont pas sans valeur, puisqu'ils constatent un progrès réel. Nous espérons pouvoir publier prochainement le travail de M. Amussat, qui répond aux *desiderata* signalés par M. Larrey. D.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Mode de préparation du lactate de zinc. Formules pour son emploi.

Les sels auxquels donne naissance l'acide lactique, en se combinant aux bases métalliques ou à celles d'origine organique n'ont pas été jusqu'à ce jour d'un grand emploi en thérapeutique. A l'exception de quelques lactates étudiés avec soin, nous n'avons sur les autres que des données chimiques assez vagues, sans renseignements exacts sur leurs propriétés médicales.

Le lactate de chaux a été étudié par tous les chimistes qui se sont occupés de l'acide lactique. Il leur sert à la fois à la préparation de cet acide et à celle des autres lactates; aussi les procédés donnés pour sa préparation sont-ils nombreux et les propriétés de ce sel parfaitement connues.

Le lactate de fer, après avoir été l'objet de recherches chimiques multipliées, fut proposé comme médicament; mais ce ne fut qu'au bout d'un temps assez long que l'emploi s'en généralisa. Les avantages de son administration une fois reconnus, sa solubilité et son innocuité bien constatées l'ont fait préférer par un certain nombre de praticiens au fer porphyrisé, aux oxydes, aux carbonates et aux autres sels de fer.

Le lactate de manganèse, à son tour, a été administré en médecine depuis deux ou trois ans environ; en même temps fut préco-

nisé le lactate double de fer et de manganèse : ces deux sels paraissent avoir des effets analogues en thérapeutique.

Le lactate de quinine est la seule combinaison de l'acide lactique avec une base organique qui mérite d'être signalée ; c'est peut-être un excellent médicament, mais l'emploi en est presque nul.

Le lactate de zinc n'avait encore reçu aucune application en médecine. M. le docteur Herpin, dans un travail récent [1], est venu démontrer les avantages que l'on pourrait tirer de son administration dans le traitement de l'épilepsie. Cette publication ayant eu quelque retentissement, nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'étudier ce sel au point de vue chimique, et de donner quelques détails sur sa préparation et sur ses propriétés.

Le premier moyen proposé pour obtenir le lactate de zinc était de M. Braconnot ; il consistait à laisser fermenter du jus de betterave, à en extraire par un traitement long et dispendieux l'acide lactique produit, et à le transformer en sel de zinc.

M. Wœhler a indiqué pour la même préparation un procédé analogue à celui dont on se sert généralement pour la fabrication du lactate de chaux. Il consiste à prendre.

Lait tourné...............	500 grammes.
Sucre de lait...............	50 à 60 grammes.
Zinc pulvérisé.............	50 grammes.

Si l'on place ce mélange dans un endroit où la température se maintient entre 30° et 40°, la fermentation s'opère, l'acide lactique produit attaque le zinc métallique et le transforme en lactate de zinc.

Ces deux procédés ont été abandonnés, et l'on obtient maintenant le lactate de zinc au moyen du lactate de chaux, en ayant recours à l'une des deux méthodes suivantes :

1° Préparation par saturation de l'acide lactique extrait du lactate de chaux. 2° Préparation par double décomposition.

1° Pour opérer la décomposition du lactate de chaux, on le dissout dans cinq ou six fois son poids d'eau distillée, puis l'on y verse une dissolution d'acide oxalique en excès : la chaux est précipitée à l'état d'oxalate insoluble, et l'acide lactique reste en solution. L'acide obtenu étant mis en contact avec du zinc pulvérisé, le métal se dissout et la formation du lactate de zinc est accompagnée d'un dégagement d'hydrogène. L'acide lactique peut également être sa-

[1] *Bulletin de Thérapeutique.*

turé par l'oxyde de zinc, ou mieux encore par le carbonate de cette base, l'un et l'autre récemment précipités et soigneusement lavés. Dans le dernier cas, une fois que le dégagement d'acide carbonique a cessé, pour saturer les dernières traces d'acide, l'on porte à l'ébullition le liquide contenant le lactate de zinc et le carbonate en excès ; on le filtre bouillant, et il laisse déposer par refroidissement des cristaux de lactate de zinc.

Il ne suffit plus que de les soumettre à une ou deux cristallisations nouvelles pour obtenir un produit de toute pureté.

Pour la préparation de l'acide lactique destiné à être transformé en lactate de zinc, on pourrait avoir recours à l'acide sulfurique ; mais l'insolubilité de l'oxalate de zinc rend de beaucoup préférable l'emploi de l'acide oxalique. Il suffit, en effet, d'un excès de ce dernier produit pour décomposer le lactate de chaux, et d'un excès de carbonate de zinc pendant la saturation de l'acide lactique, pour obtenir définitivement un liquide ne contenant en solution que du lactate de zinc pur.

2° La préparation du lactate de zinc par double décomposition nécessite deux opérations distinctes : la première consiste à transformer le lactate en lactate de potasse ; la seconde à mettre en présence lactate de potasse et acétate de zinc pour obtenir le lactate de zinc.

Si l'on précipite une dissolution de lactate de chaux par du carbonate de potasse, le carbonate de chaux se dépose, et les liqueurs contiennent du lactate de potasse, que l'on sépare par filtration. Il est bon d'employer le carbonate de potasse en excès, et de laver soigneusement le précipité pour en extraire les dernières parties de lactate soluble. En saturant par l'acide lactique l'excès de carbonate de potasse, l'on obtiendrait par l'évaporation un lactate de potasse pur, se présentant en masses cristallines déliquescentes et solubles dans l'alcool. Mais pour la préparation du lactate de zinc, il n'est pas nécessaire d'employer un produit aussi pur, il suffit de prendre le liquide contenant à la fois du lactate et du carbonate de potasse qui provient de la précipitation du lactate de chaux ; en le versant à froid, en excès, dans une dissolution concentrée d'acétate de zinc, il se forme un précipité de lactate et de carbonate de zinc.

Après avoir recueilli ce mélange, on le soumet à la presse ; on le traite par l'eau distillée, et en opérant la filtration à chaud, l'on sépare facilement le carbonate insoluble du lactate de zinc qui demeure en solution. On évapore les liqueurs, on les fait cristalliser, et les sels obtenus sont purifiés par de nouvelles cristallisations. Si l'on a pris soin, dans les deux opérations successives, d'employer

le carbonate de potasse et le lactate de même base en excès, l'on n'a pas à craindre la présence d'un sel de zinc autre que le lactate.

Le lactate de chaux que nous avons pris pour point de départ dans ce dernier procédé est d'un emploi nul en médecine, et ne se trouve pas généralement dans les pharmacies; pour la préparation du lactate de potasse destiné à être transformé en lactate de zinc, on pourrait se servir de lactate de fer et suivre exactement la marche indiquée ci-dessus.

Propriétés.— Le lactate de zinc est peu soluble dans l'eau, à la température ordinaire; il exige, en effet, pour se dissoudre, une quantité de liquide égale à soixante fois environ son propre poids.

Ce sel est, au contraire, assez soluble dans l'eau chaude, car à la température de 100°, la quantité de liquide nécessaire pour le dissoudre est dix fois moindre qu'à froid. C'est en raison de cette grande différence de solubilité qu'il est possible d'obtenir ce sel par double décomposition, et qu'il est facile ensuite de le faire cristalliser.

Le lactate de zinc est insoluble dans l'alcool : cette propriété peut être mise à profit pour le séparer de l'acétate de même base. En traitant l'une par l'autre deux dissolutions alcooliques de lactate de potasse et d'acétate de zinc, on obtient instantanément un précipité de lactate de zinc.

Ce sel se présente généralement en plaques blanches, formées de la réunion de petits cristaux prismatiques à quatre pans terminés par des sommets tronqués obliquement. Il est inodore, d'une saveur légèrement sucrée, puis styptique. Il résiste sans éprouver de décomposition à une température de 200°; cette propriété se rencontre rarement dans les sels organiques, le lactate de soude la partage et supporte une chaleur plus élevée encore, sans altération aucune. Traité par la baryte, le lactate de zinc est décomposé, l'oxyde est précipité, et le lactate de baryte formé reste en solution; cette propriété est mise à profit pour préparer ce dernier sel, et par suite l'acide lactique. La formule du lactate de zinc est de $ZnO,C^6H^5O^5,3HO$.

Le lactate de zinc est composé de :

Acide lactique................	54,54
Oxyde de zinc................	27,29
Eau...........................	18,17
Ensemble.......	100

Les propriétés médicales du lactate de zinc n'avaient jamais été constatées, et si quelque auteur en avait conseillé l'emploi, aucun du moins n'avait fait connaître de résultats au moment où M. le

docteur Herpin entreprit, il y a deux ans environ, l'étude de ce sel. La stabilité de composition et la solubilité de ce médicament l'avaient engagé à substituer le lactate de zinc à l'oxyde dans le traitement de l'épilepsie, et bientôt il reconnut tout le parti qu'il pouvait tirer de son administration. M. le docteur Herpin a publié dans ce journal le mémoire dans lequel il rend compte de ses expériences et des résultats qu'il a obtenus ; pour tout ce qui est relatif à l'emploi médical, nous ne pouvons donc mieux faire que de renvoyer à ce travail si complet et si recommandable.

Le lactate de zinc est d'une administration des plus faciles. M. le docteur Herpin l'ordonne généralement sous une des formes suivantes :

1° En poudre.

Pr. Lactate zinc pulvérisé........ 1 à 16 grammes.
Sucre de lait pulvérisé........ 5 grammes.

Faites 20 poudres. — Trois par jour.

2° En pilules.

Pr. Lactate de zinc pulvérisé....... 1 à 16 grammes.
Sirop de gomme.............. Q. S.

Faites 20 ou 40 pilules. — Trois ou six par jour.

On pourrait également le préparer sous forme de dragées ou de pastilles.

Le lactate de zinc n'est pas destiné à remplacer l'oxyde du même métal dans le seul traitement de l'épilepsie ; il est appelé à le faire dans tous les cas où cet oxyde est employé à l'intérieur. Il pourra entrer également dans la composition des collyres et d'autres médicaments externes. Il en sera du lactate de zinc comme du lactate de fer ; encore quelque temps, et nous en verrons l'emploi se généraliser. Nous ne saurions trop attirer sur ce produit l'attention des praticiens, et bientôt, nous l'espérons du moins, leurs recherches et leurs études, couronnées de succès, nous auront fait connaître les nouvelles applications réservées au lactate de zinc. CASTELLAT.

Moyen de préparer d'une manière expéditive et à peu de frais le sulfate de cadmium.

Par M. BAUWENS fils, pharmacien.

Le prix du sulfate de cadmium est sept à huit fois plus élevé que celui du métal ; cette disproportion provient de la difficulté que présente la préparation de ce sel. En effet, l'acide sulfurique concentré, versé sur le métal, produit en peu de temps du sulfate de cadmium ; mais celui-ci, ne trouvant point une quantité suffisante

d'eau pour se dissoudre, se dépose à l'état cristallin sur le métal. Il en résulte que ce dernier est bientôt enveloppé d'une couche de sel, qui empêche la transformation ultérieure du métal en sulfate.

Si par contre on se sert d'acide sulfurique dilué, son action sur le métal est presque nulle, à moins qu'on ne la favorise en faisant agir un courant galvanique. Pour éviter ces obstacles, le chimiste n'a jamais recours à la préparation directe du sulfate de cadmium; généralement il se sert du cadmium ou bien de l'oxyde de ce métal, ainsi que le conseillent Berzélius, Louyet, Thénard, etc., etc. Ces deux méthodes cependant occasionnent une perte de temps et de métal.

Afin d'éviter ce double inconvénient, voici le moyen que je propose : transformer le métal en nitrate de cadmium, sur lequel on verse la quantité d'acide sulfurique nécessaire pour chasser, à l'aide d'une chaleur modérée, tout l'acide azotique; il est même recommandable d'évaporer à siccité, pour dégager l'excès d'acide sulfurique qu'on aurait pu employer. Après le refroidissement, l'on reprend la masse saline par une quantité suffisante d'eau pure qui dissout bientôt le sulfate. On filtre au besoin le liquide, avant de le faire cristalliser.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation de pneumonie intermittente.

On a nié que la pneumonie bien constituée à l'état d'hépatisation puisse paraître et disparaître périodiquement. Le fait est cependant affirmé par de graves et sérieux observateurs, et les observations rapportées par MM. Delourmel, Roche et Maillot paraissent concluantes. Le cas suivant en est un nouvel exemple :

Obs. V..., contre-maître de fabrique, âgé de quarante-cinq ans, de tempérament nerveux, de bonne constitution, fut pris le 14 mai 1854 de frissons, suivis bientôt de fièvre, avec douleurs thoraciques, gêne de la respiration, toux fréquente. Le lendemain, après des sueurs abondantes, il se sentit mieux; mais dans la nuit du 15 au 16, les symptômes s'étant de nouveau aggravés, je fus appelé auprès du malade le 16 au matin et constatai l'état suivant :

Facies anxieux, respiration courte, dyspnée, toux fréquente, quinteuse, peau chaude, humide, pouls peu développé, soif peu vive, langue sale, bouche amère, céphalalgie. A la percussion, matité prononcée dans les deux tiers supérieurs du poumon droit en avant

et en arrière. A l'auscultation, respiration rude, légèrement soufflée dans la même région, râles crépitants abondants en arrière, à l'angle inférieur de l'omoplate; sibilance et ronchus abondants dans le reste des poumons, surtout à l'expiration; résonnance exagérée de la voix; crachats rares, très-visqueux, jaunâtres. (Tartre stibié, 0,30; cataplasmes sinapisés sur le côté droit du thorax; pédiluves sinapisés; boissons émollientes; diète.)

Le 17, je trouve mon malade levé; il me dit qu'à partir de minuit les principaux symptômes de la veille avaient cédé, que la toux avait cessé et qu'il venait de passer une excellente nuit. L'émétique avait provoqué deux vomissements et plusieurs selles.

Je constate en effet un état très-satisfaisant : facies naturel, peau normale, pouls calme, à 76, respiration très-facile, expectoration presque nulle depuis minuit. A l'auscultation, je suis fort surpris de ne plus trouver que de la sibilance disséminée des deux côtés du thorax. (Continuer la potion stibiée. Alimentation légère.)

Le 18. Dans la nuit tous les accidents thoraciques ont reparu avec une très-grande intensité; la dyspnée surtout a été excessive. Ce matin je constate un état tout à fait analogue à celui du 16. La respiration est encore plus pénible, il y a presque orthopnée, toux très-fréquente, crachats rouillés, matité très-prononcée dans le côté droit du thorax, surtout en arrière. A l'auscultation, on retrouve les râles crépitants et la respiration soufflée dans le poumon droit.

En présence de cette intermittence si évidente, et guidé par l'analogie de plusieurs faits de fièvres larvées que j'observais en même temps, je n'hésitai pas à combattre directement l'élément intermittence. Je prescrivis en conséquence une potion de 150,00 d'eau acidulée avec 1,50 de sulfate de quinine, à prendre six cuillerées dans les vingt-quatre heures. Cataplasmes et pédiluves sinapisés, *ut supra.*

Le 19. Mon malade va très-bien. La rémission a eu lieu vers minuit. (Six cuillerées de potion quinique.)

Le 20. L'accès fébrile a reparu, mais avec peu de violence; ce matin il y a un peu de gêne respiratoire; toux insignifiante; crachats rares, blancs, très-aérés; matité moins prononcée à la percussion; râles crépitants à droite pendant les efforts de toux; sibilance très-prononcée dans les deux poumons; quelques coliques. (Sulfate de quinine, quatre cuillerées).

Le 21. Calme complet; bronchite simple. (Quatre cuillerées.)

Le 22. L'accès manque complétement; la bronchite se résout; crachats muqueux.

Le 26. Le malade est complétement guéri.

Réflexions. Ce fait me paraît un des exemples les plus tranchés que possède la science de ce que l'on a appelé pneumonie intermittente ou fièvre larvée péripneumonique, suivant qu'on a porté plus spécialement son attention sur les symptômes locaux ou sur l'état général.

En effet dans l'observation que je viens de relater, il me paraît impossible de ne pas admettre que la pneumonie avait déjà dépassé le degré d'engouement. Nous voyons dans l'accès du 16 les symptômes d'hépatisation peu tranchés; mais dans l'accès du 18 on ne peut méconnaître tous les symptômes d'une pneumonie au deuxième degré, car la respiration soufflée, la résonnance de la voix, la matité très-marquée, les crachats rouillés n'existent pas dans le simple engouement pulmonaire. Et cependant tous ces symptômes, qui résistent au tartre stibié, cèdent promptement au spécifique antipériodique, au sulfate de quinine. Remarquons encore que la bronchite, qui accompagnait dès le début la pneumonie intermittente, ne paraît pas avoir été modifiée par l'affection concomitante; elle suivit sa marche accoutumée, et dans les moments d'apyrexie comme pendant les accès, j'ai toujours retrouvé la sibilance bronchique; la toux n'a jamais cédé tout à fait pendant les intermittences, et son caractère quinteux doit la faire rapporter plutôt à la bronchite qu'à la pneumonie.

Je dois dire que ce fait m'embarrassa un moment, et qu'il fallut la présence simultanée d'autres affections intermittentes pour me décider à administrer le sulfate de quinine en face de symptômes thoraciques aussi prononcés et aussi clairs, d'autant plus que je n'avais jamais observé de pneumonie intermittente et que jusqu'alors même je n'avais ajouté que peu de foi à son existence. Si donc je livre ce fait à la publicité, c'est pour que d'autres comme moi se rendent à l'évidence et pour contribuer ainsi à trancher une question sur laquelle paraît encore planer quelque doute.

Je pourrais rapprocher de cette observation deux autres exemples d'affections intermittentes où les symptômes saillants se passaient du côté des voies aériennes. Le premier fait, observé en juin 1854, se rapporte à un homme tuberculeux, chauffeur de machine à vapeur, âgé de quarante ans, que je traitais pour une pneumonie tuberculeuse. *La toux* chez lui revenait périodiquement toutes les nuits à la même heure, et durait une ou deux heures, sans un instant de repos. Elle résista à tous les sédatifs, tous les calmants, tous les expectorants, aux révulsifs cutanés, survécut à la pneumonie qui lui avait donné naissance et céda promptement au sulfate de quinine. Le second fait, observé en juillet 1854, m'a été offert par une femme

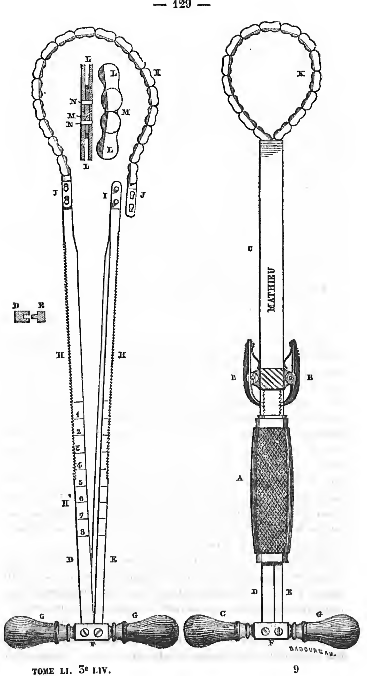
de vingt-sept ans, hystérique, qui fut prise subitement d'accès d'étouffements, de dyspnée. Pendant l'accès, la poitrine était le siége de râles sibilants abondants, sans aucun autre symptôme morbide. Partout la percussion faisait entendre un son normal. Ces accès, que je traitai d'abord comme des accès d'asthme essentiel, par les narcotiques, la jusquiame, le datura, la morphine, revinrent avec une périodicité si manifeste tous les deux jours, vers cinq heures du soir, que je fis prendre à ma malade 0,50 de sulfate de quinine par jour. Le sixième jour de l'administration du fébrifuge, l'accès manqua et ne se reproduisit plus.

Ces faits, qui pour moi ne sont que des variétés rares de fièvres larvées, s'offrirent à mon observation simultanément avec d'autres affections intermittentes, avec des névralgies intermittentes bien tranchées, dans une vallée où *jamais* il ne règne de fièvre intermittente simple, où il n'existe aucun marais, où le germe intermittent paraît tenir à des conditions climatériques que je ne saurais préciser, mais qui peut-être ne sont pas sans influence sur la prédominance des formes insolites. En d'autres termes, le génie épidémique sous l'influence duquel ces affections intermittentes se sont manifestées me paraît différer, tant par son origine que par ses effets, du miasme paludéen, source ordinaire des affections intermittentes.

J'ai par devers moi un assez grand nombre de faits remarquables d'affections à type intermittent qui pourraient donner lieu à des considérations pleines d'intérêt; peut-être un jour pourrai-je les livrer à la publicité. Pour le moment, je n'avais d'autre but que de prouver par un fait incontestable la réalité de l'existence de la pneumonie intermittente. Docteur L. Gros.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Traitement des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire. — M. Chassaignac emploie depuis quelque temps avec succès dans le traitement des tumeurs hémorrhoïdales une sorte de ligature instantanée, qui produit en quelques minutes la séparation de la tumeur; c'est une espèce d'excision contuse dans laquelle l'instrument tranchant est remplacé par un instrument qui contond et qui écrase. M. Chassaignac a donné à cette méthode le nom d'*écrasement linéaire :* c'est, qu'en effet, le pédicule de la tumeur est réellement écrasé par la chaîne et écrasé dans une faible épaisseur, dans l'épaisseur d'une ligne, pour ainsi dire.


L
L
N
M
N
M
L
L
K
J
I
J
D E
H
H
1
2
3
4
5
H'
6
7
8
D
E
G
G
F
K
C
MATHIEU
B
B
A
D
E
G
G
F
BADOUREAU

Pour cette opération, M. Chassaignac emploie outre, une érigne à branches multiples et divergentes, *l'écraseur linéaire*, dont nous reproduisons ici la gravure, et qui se compose des objets suivants :

La figure 1 donne une représentation complète de l'appareil à écrasement linéaire. La lettre K indique la chaîne ou ligature métallique articulée; C la gaîne ou canule plate renfermant la double crémaillère; BB deux cliquets latéraux destinés à s'engrener dans les dentelures des crémaillères D, et E la portion des crémaillères qui se trouve actuellement hors de la gaîne. GG, les manches servant de levier.

La figure 2 représente les crémaillères libres, c'est-à-dire débarrassées de la gaîne; EH indique la branche mâle, CH la branche femelle; H' l'échelle graduée qui sert à mesurer le degré de constriction de la chaîne.

La petite figure DE représente une coupe faite perpendiculairement sur la branche mâle et la branche femelle mises en regard l'une de l'autre.

JJ représentent les deux extrémités de la chaîne, l'une libre et sur laquelle on voit les mortaises, l'autre articulée avec la branche femelle et présentant les tenons engagés dans les mortaises.

LL représentent deux chaînons articulés.

NN le mécanisme intérieur qui réunit les chaînons entre eux.

Voilà maintenant, en quelques mots, le manuel opératoire de ce procédé :

Si l'hémorrhoïde est externe, on passe un fil sur le pédicule de la tumeur; si la tumeur n'est pas pédiculée, on cerne sa base par le fil et on lui crée un pédicule artificiel, à l'aide d'une forte striction exercée sur le fil. La tumeur ainsi pédiculée dans l'un et l'autre cas, et le pédicule compris dans une anse de fil, on serre cette anse dont on maintient la striction par un nœud; il ne reste plus alors qu'à appliquer l'écraseur. Si le bourrelet hémorrhoïdal est interne, ou bien si, prenant son siége sur un point plus ou moins élevé de la muqueuse rectale, il ne fait pas saillie au dehors, même dans les efforts de défécation; en un mot, si la tumeur n'est pas facilement accessible au dehors, l'indication formelle est de l'abaisser pour que l'opérateur puisse juger de son étendue et préciser la limite des parties à enlever. Cet abaissement de la tumeur est très-facile. M. Chassaignac y procède de la manière suivante :

Une érigne à branches multiples et divergentes est introduite dans l'anus. Pour cette introduction, l'instrument est fermé, c'est-à-dire que les branches sont ramenées vers le centre de l'instrument et que leurs extrémités aiguës sont cachées. Lorsqu'on juge l'extrémité de l'érigne parvenue assez haut dans le rectum, on ouvre l'instrument : les branches s'écartent alors comme les baleines d'un parapluie, et leurs extrémités vont s'implanter solidement dans la muqueuse du

rectum. A ce moment, le chirurgien retire au dehors l'instrument, dont les extrémités entraînent le bourrelet hémorrhoïdal en dehors de l'anus. Un fil est alors passé circulairement autour du bourrelet renversé, et l'opération est amenée ainsi au même point que dans le cas d'hémorrhoïdes externes le plus facilement accessibles.

A ce moment commence le deuxième temps de l'opération. L'écraseur linéaire est présenté au chirurgien qui, saisissant l'anse de la chaîne, la place sur la limite exacte du point où il veut pratiquer l'écrasement. Pour cela, le fil, placé à l'avance sur le pédicule de la tumeur, lui sert de guide. La chaîne métallique remplace ce fil. Le chirurgien exerce alors sur l'anse de la chaîne une légère constriction ; le pédicule se trouve serré exactement dans l'anse métallique et dès lors l'écrasement va commencer.

Diminuer progressivement l'aire de l'anse métallique, au point de la réduire à néant, voilà en quoi consiste cette seconde partie de l'opération ; elle s'exécute de la manière suivante :

Le chirurgien presse alternativement, à un intervalle déterminé, sur l'extrémité de chacun des leviers avec lesquels s'articule la chaîne; chacune de ces pressions fait avancer la chaîne d'un cran et rétrécit l'anse d'une quantité proportionnelle à la distance qui sépare chaque cran du plus voisin. Bientôt l'anse est complétement réduite, c'est-à-dire que son aire est complétement effacée. Cette condition, comme il est facile de le concevoir, ne peut être remplie que par l'écrasement total, complet du pédicule de la tumeur.

La durée de l'opération varie suivant le volume des parties sur lesquelles doit agir l'écraseur, et suivant la rapidité avec laquelle on dirige la progression de la chaîne. M. Chassaignac a l'habitude de faire avancer son écraseur de quatre dents par minute, alors que la tumeur a été parfaitement saisie et serrée par l'instrument ; les plus gros bourrelets hémorrhoïdaux n'exigent pas plus de douze à quinze minutes pour leur séparation complète.

En général l'opération est suivie de peu de douleur ; lors même que les douleurs éclatent à la suite, elles ne persistent pas au delà de quelques heures.

La plaie qui succède à l'opération est circulaire ; elle forme, à l'intérieur du rectum, un anneau qui a, en général, 2 à 3 centimètres de hauteur. La cicatrisation de cette plaie est assez rapide ; le pansement consiste simplement dans l'emploi de disques d'amadou appliqués sur l'orifice anal.

Dans les premiers jours, les selles, qu'on a soin de rendre les plus rares possibles, sont douloureuses ; mais peu à peu la plaie s'habi-

tue au passage des matières, pourvu surtout qu'elles ne soient pas très-volumineuses, et la défécation devient assez libre.

Pour donner une bonne idée de cette méthode de traitement et des difficultés qu'elle peut offrir au chirurgien, dans certains cas, nous donnerons brièvement les deux faits suivants, empruntés à la pratique de l'habile chirurgien de l'hôpital Lariboisière :

Obs. I Boissard (François), âgé de quarante-huit ans, menuisier, entre à l'hôpital Lariboisière, le 9 avril 1855, dans un état d'anémie des plus avancés, produit par des hémorrhagies abondantes qui durent depuis deux ans, se reproduisant chaque mois à jour presque fixe, mais qui depuis deux mois surtout ont pris une intensité qu'elles n'avaient pas encore présentée, et se reproduisent après chaque garde-robe. Le sang qui s'écoule par l'anus est très-aqueux et peu coloré ; il fait sur le linge une *simple tache rosée*, dont les bords sont presque incolores. L'examen extérieur ne fait reconnaître la présence d'aucune tumeur à l'anus, mais le toucher rectal apprend l'existence, à l'intérieur du rectum et immédiatement au-dessus du sphincter externe, de tumeurs mollasses, peu saillantes, multilobées, constituées évidemment par des hémorrhoïdes. *Traitement* : ferrugineux ; vin de quinquina ; pilules de ratanhia ; deux portions.

L'état du malade ne change pas dans les premiers jours ; seulement les pertes sanguines deviennent peut-être un peu moindres. M. Chassaignac, décidé à enlever les tumeurs, soumet le malade à l'alcoolature d'aconit, comme il a coutume de le faire avant toutes les opérations.

Le 19 avril, on procède à l'opération. Le malade étant endormi à l'aide du chloroforme, une érigne à branches divergentes est introduite dans le rectum, puis à ce moment les branches s'écartent et s'implantent dans la muqueuse rectale ; une faible traction exercée sur l'érigne amène au dehors les tumeurs hémorrhoïdales. La chaîne de l'écraseur linéaire est alors placée sur les parties ainsi entraînées au dehors de l'anus, et pédiculisées à l'aide d'une forte ligature. L'écrasement du pédicule commence ; il est achevé en onze minutes. L'opération ne donne lieu qu'à l'issue de quelques gouttes de sang provenant de la compression des tumeurs, mais *pas une goutte de sang ne s'écoule de la plaie*. Application d'amadou sur l'anus ; bandage en T. Dans la journée, pas de douleurs, pas le moindre accident nerveux, pas de fièvre ; miction facile, sans douleur. Le malade dit avoir rendu des gaz par l'anus à plusieurs reprises depuis le moment de l'opération.

Le 20 avril, bon sommeil cette nuit ; calme ce matin. Pas de douleur, pas de fièvre. Le 21, bon état. Le malade a eu dans la soirée une selle qui n'a pas été très-douloureuse. La plaie est rosée, de bon aspect. Pansement au cérat. Même traitement interne.

Le malade continue à bien se trouver les jours suivants. Le 22, on place sans difficulté une mèche dans le rectum ; de même chaque matin. Le 25, quelques douleurs abdominales ; pas de selle depuis trois jours. Eau de Sedlitz. Le 26, l'eau de Sedlitz n'a produit aucun effet. Douche rectale. Une seconde bouteille d'eau de Sedlitz amène des selles très-copieuses.

Vers la fin d'avril, le malade se sent plus fort. L'appétit augmente chaque jour, mais la pâleur persiste. Déjà cependant le malade se lève et se promène dans la salle. On ajoute au traitement les bains sulfureux et les frictions d'alcool sur le corps.

L'amélioration se continue d'une façon très-marquée dans la première quinzaine de mai. Le passage des matières sur la petite plaie est devenu très-supportable ; tendance continuelle à la constipation, résistant aux lavements et à l'huile de ricin. Le 17 mai, malgré plusieurs purgatifs, le malade n'a pas eu de selles depuis plusieurs jours, et il se plaint de vives douleurs vers le sacrum et le petit bassin : le toucher rectal fait alors constater la présence à l'intérieur de l'intestin d'une grande quantité de matières très-dures, formant une sorte de bloc résistant. Plusieurs douches sont insuffisantes pour délayer ces matières et en amener l'issue ; l'on est forcé de les extraire avec la curette et le doigt. Grand soulagement à la suite.

A cette même époque, l'état du malade est notablement modifié. Retour progressif des forces ; les muqueuses ont repris un peu de leur coloration normale ; la face est toujours pâle, mais elle n'a plus l'aspect livide que nous avons signalé.

Ces changements deviennent bien plus marqués dans la seconde quinzaine de mai et les premiers jours de juin. Se trouvant parfaitement guéri, Bernard quitte l'hôpital le 10 juin. Depuis l'opération, pas une goutte de sang n'a été rendue avec les selles, ni dans leur intervalle. Le doigt indicateur, porté dans le rectum avec précaution, ne sent plus qu'une surface lisse sans bosselures ; cette exploration ne produit aucune douleur. Il est important d'ajouter que le doigt pénètre facilement dans le rectum, et qu'il n'éprouve en franchissant le sphincter que le degré de constriction normale. La muqueuse intestinale près de l'anus est encore d'un rouge assez vif, bien que le travail de cicatrisation paraisse terminé.

Obs. II. Lebrun (Edmond), âgé de trente-trois ans, menuisier, entre à l'hôpital Lariboisière le 24 mai 1855, pour un état anémique produit par des hémorrhagies qui datent de seize années et un bourrelet hémorrhoïdal circulaire énorme qui fait issue depuis six mois au dehors. Huit ans auparavant, cet homme, avait eu des accidents d'étranglement du bourrelet hémorrhoïdal, et pendant six mois il avait pu se croire guéri. La tumeur se présente sous la forme d'un énorme bourrelet circulaire, dont les dimensions sont les suivantes : diamètre antéro-postérieur, 7 centimètres ; diamètre transversal, 5 centimètres ; circonférence, 18 centimètres. L'épaisseur du bourrelet est plus considérable à droite qu'à gauche ; à droite, le bourrelet offre le volume d'un gros orteil d'adulte ; à gauche, celui du doigt médius. Il est formé par la réunion de plusieurs mamelons charnus que séparent des sillons plus ou moins profonds. L'orifice anal n'est indiqué que par une simple fente linéaire antéro-postérieure, située non au centre du bourrelet, mais vers la partie gauche et supérieure de la tumeur. Ces divers mamelons varient pour l'aspect : les uns, les plus volumineux, sont rosés, presque rouges, avec taches noires ecchymotiques ; ils saignent au moindre contact ; leur surface est évidemment constituée par la muqueuse rectale ; les autres, plus petits, sont blanchâtres, acuminés, consistants : ce sont de simples marisques. Le sang que fournit la tumeur pendant cette exploration est remarquablement aqueux. Il laisse sur le linge une tache rosée, très-pâle, surtout vers les bords.

Le 28 mai, on procède à l'opération. Le malade est endormi au chloroforme. M. Chassaignac fait précéder l'opération de la dilatation du sphincter, dans le but de prévenir le resserrement consécutif de l'intestin. La tumeur hémorrhoï-

dalo est saisie à l'intérieur du rectum par l'érigne à branches multiples divergentes, puis amenée au dehors ; une forte ligature embrasse le pédicule ; l'anse de l'écraseur linéaire est passée au-dessus de ce fil, et l'on commence l'écrasement. Cette opération dure dix minutes. La plaie qui résulte de la séparation du bourrelet hémorrhoïdal ne donne pas une seule goutte de sang. Application sur l'anus de rondelles d'amadou; bandage en T. Alcoolature d'aconit. Bouillons.

Les choses se sont comportées d'une manière aussi favorable que chez le premier malade, sauf que le 30, en enlevant le pansement, M. Chassaignac fut obligé de détruire avec le doigt des adhérences qui avaient oblitéré la partie inférieure de l'intestin, et qui ne permettaient pas de faire pénétrer une sonde de femme. La liberté du ventre fut rétablie avec une bouteille d'eau de Sedlitz et une mèche placée dans le rectum. Les selles, fort peu douloureuses depuis cette époque, et que l'on aidait d'ailleurs par quelques lavements, n'étaient déjà plus douloureuses et s'étaient parfaitement régularisées à la fin de la première quinzaine de juin. Le 26 juin, le malade quittait l'hôpital dans un état général très-satisfaisant. Le suintement anal était complétement supprimé depuis quelques jours. Le toucher rectal était encore un peu sensible; mais le doigt introduit dans le rectum ne constatait au niveau de l'anus ni supérieurement aucune diminution du calibre de l'intestin, aucune bride, aucun point rétréci.

Les nombreux inconvénients reprochés à l'emploi de la cautérisation faite, soit par le fer rouge, soit par les caustiques, ont singulièrement contribué à faire préférer l'emploi de l'écrasement linéaire pour la destruction des bourrelets hémorrhoïdaux.

Voici quels sont, de l'aveu même de ceux qui ont préconisé la cautérisation, les accidents qui peuvent en être la conséquence : 1° le délire nerveux suivi d'un état d'éréthisme durant parfois plusieurs jours ; 2° la brûlure plus ou moins étendue de la peau, brûlure particulièrement douloureuse dans une région où les parties atteintes sont incessamment exposées à l'action d'humidités irritantes; 3° le ténesme vésical survenant à deux époques différentes, soit dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération : c'est la règle, soit au bout du quatrième et même du cinquième jour; 4° la rétention d'urine obligeant à un cathétérisme quelquefois difficile et pouvant déterminer l'apparition de frissons toujours fâcheux, à la suite d'opérations pratiquées sur des veines ; 5° l'hémorrhagie, dont on a des exemples dans lesquels on voit que l'accident a été mortel (voyez thèse de M. de Beauvais) ; 6° l'adénite inguinale double pouvant aller jusqu'à suppuration ; 7° la longue durée de la suppuration, qui dure souvent des mois entiers ; 8° la nécessité de pansements quotidiens excessivement douloureux ; 9° la perspective désolante d'un rétrécissement incurable du rectum, fait constaté plusieurs fois par M. Jobert de Lamballe, et dont M. de Beauvais cite également deux exemples empruntés à la pratique de M. Philippe Boyer (voyez Gaz. des hôp., numéro du 23 août 1855) ; 10° enfin, la possibilité

d'une récidive de la maladie, fait également indiqué dans la thèse de M. de Beauvais.

La méthode de l'écrasement linéaire, appliquée aujourd'hui sur plus de quatre-vingts malades, et qui ne compte qu'un seul cas d'insuccès, est exempte de tous les accidents qui viennent d'être énumérés. L'application qui en est faite à peu près chaque semaine à l'hôpital Lariboisière, sous le contrôle de témoins nombreux, ne permet guère de supposer qu'on se soit fait illusion sur la valeur de cette méthode.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Allaitement. *Emploi topique de l'huile de chènevis comme moyen de tarir la sécrétion mammaire.* Il se présente assez souvent dans la pratique des cas dans lesquels il est utile de tarir la sécrétion mammaire. Cette sécrétion s'opérant avec abondance peut donner lieu à des engorgements laiteux, trop souvent suivis de véritables abcès. D'un autre côté, lorsque la sécrétion acquiert de trop grandes proportions, elle s'élève quelquefois jusqu'au point de constituer une véritable maladie. Les nourrices qui sèvrent leurs enfants, les femmes qui ne veulent pas nourrir, apprécieront certainement beaucoup le moyen si simple que vient recommander aujourd'hui M. Coutenot, si du moins une expérience plus large vient confirmer les résultats si favorables qu'il a obtenus. Il ne s'agit en effet que d'onctions réitérées, faites sur les seins avec l'huile de chènevis, c'est-à-dire avec une huile non irritante, d'une saveur douce, agréable même, d'une couleur légèrement verdâtre et d'une odeur qui rappelle celle de la semence de chanvre.

Dans la galactorrhée, que l'auteur a peut-être le tort de confondre avec la sécrétion exagérée, l'application topique de l'huile de chènevis, obtenue par expression, renouvelée toutes les deux ou trois heures, amène très-rapidement, dit-il, c'est-à-dire en vingt-quatre ou quarante-huit heures, une diminution de moitié dans la sécrétion, sa disparition même; il ajoute cependant, et en cela il est plus près de la galactorrhée que dans le cas précédent, que l'action de l'huile est plus marquée et plus prompte dans la galactorrhée, sans écoulement laiteux que dans celle où la sécrétion est très-abondante. Dans l'engorgement laiteux, qui semblerait devoir résister moins que la galactorrhée, l'auteur ajoute cependant aux onctions d'huile de chènevis, faites à chaud et répétées sur les seins, les révulsifs intestinaux et une hygiène appropriée, preuve qu'il ne compte pas absolument sur le moyen employé par lui. Pour supprimer la sécrétion lactée à la suite de l'accouchement, il a au contraire grande confiance dans les onctions d'huile de chènevis, qui calment merveilleusement la tension des seins, la douleur et la fièvre ; les laxatifs sont encore utiles ; de même que lorsqu'il s'agit de faire cesser la sécrétion à l'époque ordinaire du sevrage. Nous voyons cependant dans deux observations rapportées par M. Coutenot des onctions avec l'huile de chènevis réussir parfaitement sans autre moyen ou alors que d'autres moyens avaient été employés sans succès.

Dans le premier cas, l'allaitement était interrompu depuis deux jours : seins tendus, rosés, bombés, douloureux jusque sous les aisselles. En quelques heures les onctions avaient diminué l'embarras et fait cesser la fluxion. Les onctions furent suspendues et l'on n'y revint que cinq ou six jours après, pour terminer la résolution des derniers engorgements. Dans le second, également à la suite du sevrage, les seins étaient énormes, chauds et douloureux, aisselle gauche douloureuse, mouvement du bras impossible, insomnie depuis deux jours. Quelques instants après l'application de l'huile, sommeil et moiteur ; lorsque la malade se réveilla une heure après, le sein n'était plus douloureux; les onc-

tions furent continuées pendant trois jours : la montée du lait ne se fit plus qu'une ou deux fois.

C'est donc avec quelque raison que M. Coutenot a pu dire dans ses conclusions que l'huile de chènevis récente, obtenue par expression et à froid, employée en embrocations chaudes toutes les deux ou trois heures sur les seins, que l'on recouvre d'ouate ensuite, diminue toujours, arrête quelquefois la sécrétion mammaire, remédie sûrement et promptement aux engorgements laiteux et peut prévenir certains accidents avec retours consécutifs sans les faire avorter cependant lorsqu'ils sont développés. Il y aurait bien lieu de se demander pourtant si par hasard d'autres huiles appliquées chaudes sur les seins n'auraient pas les mêmes effets, car il est bien difficile de reconnaître à cette huile d'autre action qu'une action topique. (*Annal. de la Flandre occid.* 17e liv., 1856.)

Aphonie nerveuse *traitée avec succès par le vésicatoire sur le cou.* La rareté des cas de ce genre et la résistance qu'ils offrent trop souvent à nos moyens thérapeutiques nous engagent à reproduire le fait suivant :

M. M..., âgé de vingt-huit ans, d'une constitution nerveuse, reçut à Amsterdam, au moment où il attendait son frère, la nouvelle télégraphique que celui-ci venait d'être emporté subitement par le choléra. Cette nouvelle le saisit si vivement qu'il perdit instantanément la parole. Il consulta un médecin d'Amsterdam ; mais voyant le traitement mis en usage ne produire aucune amélioration dans son état, au bout de huit jours il se décida à revenir à Veghel. Il accusait une douleur au-dessus des orbites et au vertex, son appétit était faible; mais à part la perte complète de la parole, toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement. M. Van den Bergh fit appliquer au malade un vésicatoire à la région du larynx, et lui prescrivit une mixture de 6 onces contenant 2 grains de tartre émétique, à prendre par cuillerée d'heure en heure. Ce vésicatoire, aussitôt la vésication produite, fut saupoudré avec un grain d'acétate de morphine. Avant de se mettre au lit, le malade prit un bain de pied dans lequel on avait dissous une poignée de sel de cuisine. Le lendemain, la voix était un peu moins éteinte. Le vésicatoire fut de nouveau pansé avec la morphine. On renouvela la mixture émétisée. Le 30 octobre, troisième jour du traitement, le malade parlait aussi clairement qu'avant son indisposition. La circonstance la plus remarquable de ce fait, c'est que l'aphonie paraissait héréditaire dans sa famille : sa sœur aînée était aphone et avait perdu la voix à l'âge de vingt-huit ans comme lui ; une sœur plus jeune était aphone depuis cinq mois, et une tante, âgée de cinquante ans, perdait la voix par intervalles pendant plusieurs mois de l'année. (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

Cataracte capsulaire *guérie par le traitement mercuriel.* Sabatier dit qu'il est peut-être possible de guérir la cataracte commençante avec le calomel, le sublimé, la ciguë, les vésicatoires pratiqués en divers lieux ; les expérimentations cliniques de ces dernières années ont permis d'ajouter l'iodure de potassium à ces divers agents médicamenteux. La nouvelle observation que publie Peruzzi est à ajouter à celles que la science possède à l'appui du traitement mercuriel. Voici le fait. Un militaire de quarante-deux ans fut atteint d'une maladie vénérienne primitive, à laquelle il n'opposa qu'un traitement local ; il prit cependant aussi de l'iodure de potassium et de la décoction de salsepareille. Depuis, il eut une nouvelle blennorrhagie, qu'il traita par les moyens ordinaires; ceci remontait à six ans. Au milieu du mois d'août 1855, il éprouva des phénomènes de congestion à la tête, se fit saigner, et le jour suivant, il commença à s'apercevoir d'un trouble dans la faculté visuelle de l'œil droit. Le malade ne s'en préoccupa nullement, regardant le fait comme passager et dépendant de la faiblesse causée par la saignée. Bientôt il fut progressivement tourmenté par une douleur gravative vers la région frontale droite, avec photophobie. Examiné à cette époque, c'est-à-dire en septembre, il présentait une légère rougeur de toute la conjonctive avec un éclat plus grand qu'à l'ordinaire de la cornée transparente, qui offrait encore une légère opacité en haut, à son insertion à la sclérotique. Un vésicatoire et un collyre au nitrate d'argent n'eurent aucun effet. Au contraire, la tache de la cornée s'étendit sans couvrir toutefois le champ de la pupille, derrière laquelle on apercevait en outre une légère opacité. Cette opacité, d'un blanc sale, s'accrut rapidement, au point de pa-

raître à la mi-octobre sous l'aspect d'une cataracte capsulaire. Ce n'est qu'entourés d'un nuage que les objets apparaissaient au malade; plus tard, il ne put plus les distinguer du tout. Voyant l'inefficacité des remèdes conseillés précédemment, on prescrivit le bichlorure en pilules. Peu de jours après le commencement de ce traitement, le malade éprouva quelque amélioration dans la vision, une diminution de l'opacité et de la cataracte. Dix jours après, l'amélioration était remarquable et augmenta graduellement, jusqu'à la disparution complète de la cataracte et de la tache de la cornée. La guérison complète de la cataracte se maintint après la fin du traitement.

M. Peruzzi rappelle dans son travail que Demours prétendait que des observations authentiques avaient démontré que quelques cataractes reconnues par des symptômes non équivoques avaient cédé à l'action du mercure. Boerhaave avait déjà écrit : *Incipientes cataractas mercurius solvit*. Chélius a rapporté des observations de cataractes véritables ou causées par la syphilis, guéries par ce métal. Au point de la question toujours en litige de la cure possible, il importe d'enregistrer tous tous les faits qui se produisent; seulement pour que ces faits permettent d'élucider la question, il importe que leurs auteurs ne confondent pas les cas de guérisons de cataractes capsulaires avec ceux dans lesquels l'opacité siége dans le cristallin. Ce sont les derniers, qui, bien observés, font défaut. (*Raccogl. di Fano*, et *Gaz. méd.*, juillet.)

Cuivre (*Des meilleurs antidotes du*). Nous examinions dernièrement, avec l'auteur d'une thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Paris, la valeur du lait comme antidote de divers empoisonnements et en particulier de l'empoisonnement par les préparations de cuivre. Nous trouvons dans un journal allemand un travail de M. Schrader, de Gœttingue, qui a résumé les résultats de seize expériences dans les conclusions suivantes : 1° La magnésie hydratée est aussi peu un antidote contre les empoisonnements par le cuivre que les carbonates alcalins. L'oxyde de cuivre hydraté qui le produit est peu à peu dissous par les acides de l'estomac et de l'intestin. La magnésie peut retarder la marche aiguë de l'inflammation, mais elle ne peut pas l'arrêter entièrement; 2° le sulfure de fer hydraté décompose aussitôt les sels de cuivre et le sulfure de cuivre est à peu près insoluble. Cependant il s'agit de rechercher par des expériences si le sulfate de fer ne peut pas devenir nuisible par le dégagement d'acide sulfhydrique qui se produit aussitôt; 3° l'action résolutive du sucre marche trop lentement à la température de notre corps, pour qu'elle puisse entrer en ligne de compte dans les empoisonnements aigus par le cuivre ; 4° le meilleur agent pharmaceutique à employer dans les cas aigus d'empoisonnement est le cyanure ferroso-potassique, qu'on peut donner à de très-fortes doses; il décompose instantanément les sels de cuivre, et le ferro-cyanure de cuivre qui se forme n'exerce aucune action nuisible, à cause de son peu de solubilité; 5° le lait et le blanc d'œufs sont à recommander, parce qu'ils réussissent quelquefois à neutraliser le sel vénéneux; mais ils ne sont efficaces qu'autant qu'on a soin d'éliminer le plus promptement possible l'albuminate ou le caséate de cuivre qui s'est formé. (*Deutsche Klin.* et *Ann. de la Flandre* occ., 17e livr., 1856.)

Hernie étranglée (*Nouveau cas de*) *réduite par le procédé de M. Seutin*. Nous voyons avec plaisir se multiplier les cas de ce genre, qui auront pour résultat de rendre plus rares des opérations chirurgicales qui, si elles mettent en évidence toute l'habileté du chirurgien, ne donnent pas malheureusement des résultats définitifs bien satisfaisants. Ce nouveau fait a trait à un homme de soixante-dix-huit ans, portant depuis l'âge de cinquante ans une hernie inguinale droite, pour laquelle il n'avait jamais voulu se servir de bandage; aussi cette herne s'était-elle étranglée souvent, et deux fois entre autres, l'auteur de cette observation, M. Dropsy, l'avait réduite par le taxis, en constatant que le diamètre de l'ouverture était à peu près égal à celui d'une pièce de deux centimes, et que l'index pouvait y pénétrer jusqu'à l'articulation de la deuxième et de la troisième phalange. Retenu au lit depuis trois semaines par une broncho-pneumonie, cet homme vit dans un accès de toux, le 12 mars, vers dix heures du matin, s'échapper une masse qui descendit jusqu'au fond du scrotum et qui présentait le volume de deux poings réunis Dès ce moment, violentes douleurs dans le ventre et dans la tumeur, qui était aussi très-douloureuse à la pression, présentant un empâtement, un peu de rougeur à

la peau ; mais aucune crépitation gazeuse, une certaine résistance sur quelques points. L'ouverture de l'anneau inguinal n'était pas plus large que dans l'état de vacuité. En comprimant pendant environ une demi-heure toute la tumeur dans le creux des deux mains, M. Dropsy parvint à la réduire à près de moitié; elle ne présenta plus alors qu'une masse entièrement pâteuse, sur laquelle la compression ne produisait aucun effet. Il songea alors au procédé de M. Seutin, mais il ne put pas pénétrer dans l'anneau, parce que le doigt se coiffait du bord de celui-ci, comme d'une anse de fil dont les chefs seraient parallèles au doigt. Il chercha alors à pénétrer par la partie postérieure ; tournant le pédicule avec la main gauche. et tirant sur ce pédicule pour l'empêcher de fuir, et pour tenir aussi l'anneau perpendiculaire au doigt index de la main droite ; celui-ci pénétra, rompit l'anneau sans difficulté et entra jusqu'à l'avant-dernière articulation. Le doigt retiré, la réduction eut lieu, et le lendemain tout était rentré dans l'ordre ; il resta seulement un peu de douleur à la pression, au pourtour et sur le trajet du canal inguinal, mais ni ecchymose ni inflammation. (*Presse. méd. belge*, 1856.)

Hystérotomie *vaginale pratiquée avec succès dans un cas d'occlusion accidentelle du col utérin.* Il arrive parfois, heureusement assez rarement, qu'à la suite d'accouchements laborieux, de manœuvres obstétricales, et même, comme on en a rapporté quelques exemples, à la suite de cautérisations trop profondes pratiquées sur le col, l'orifice utérin s'oblitère; dès lors le liquide des règles s'accumule de mois en mois davantage dans la cavité utérine et peu à peu l'organe se distend, les trompes se dilatent elles-mêmes, et il peut arriver un moment où le liquide s'épanche dans la cavité abdominale. Dès lors aussi la malade se trouve placée dans les conditions de ces aménorrhées par rétention dont il existe tant d'exemples dans la science ; seulement il faut alors agir sur le col utérin, tandis que dans un très grand nombre de ces aménorrhées, c'est la partie inférieure du vagin ou la vulve ellemême qui mettent obstacle à la sortie du sang.

Dans le fait rapporté par M. Burnotte, il s'agit d'une dame qui, à la suite d'une première grossesse fort heureuse, terminée par un accouchement très-laborieux, avec manœuvres obstétricales, avait cessé de voir reparaître l'écoulement menstruel. Sept années s'étaient écoulées depuis. La suppression des règles n'altéra d'abord en rien la santé ; mais au bout de quelques mois, il survint dans les lombes, la région inférieure du ventre et le haut des cuisses des douleurs qui, faibles d'abord et peu prolongées, se répétèrent ensuite chaque mois à époques fixes, en augmentant graduellement d'intensité et de durée. Plus tard, apparut au-dessus du pubis une tumeur qui, de mois en mois, prit un accroissement lent, mais continu. En même temps survinrent des vomissements, des coliques avec borborygmes, une certaine tuméfaction des mamelles, des spasmes et quelques-uns des autres signes qui indiquent la grossesse.

Lorsque cette dame vint consulter M. Burnotte, ses douleurs périodiques avaient tellement augmenté en durée qu'elles lui laissaient à peine chaque mois deux ou trois jours de relâche. Ces douleurs irradiaient avec une excessive violence vers les lombes et le long des membres inférieurs ; abdomen énorme, miction difficile et parfois impossible ; graves désordres du côté du tube digestif. L'abdomen renfermait une tumeur molle, sans bosselures ni inégalités, s'étendant du pubis à l'épigastre et de l'une à l'autre fosse iliaque, et le spéculum montrait une sorte de demi-sphère à convexité inférieure très-dépressible, fluctuante en quelque sorte, sans trace de cicatrice ou de perforation antérieure ; c'était évidemment le col utérin effacé par une collection liquide dans la cavité utérine fortement distendue. M. Burnotte proposa l'opération, que la malade n'accepta que quelques jours après, vaincue par les douleurs incessantes, l'absence de sommeil, la faiblesse excessive. L'opération fut pratiquée avec les précautions ordinaires à l'aide d'un bistouri pointu plongé dans le milieu de cette demi-sphère qui formait la paroi supérieure du vagin ; une large incision cruciale donna issue à un liquide brun, épais, inodore, qui jaillit abondamment, et coula encore longtemps ; la plaie fut maintenue béante par des mèches fréquemment renouvelées et des injections fréquentes poussées dans la cavité utérine. Malheureusement, il survint quelques jours après une inflammation violente du péritoine de l'ovaire droit

et de l'utérus; mais de nombreuses saignées, des frictions mercurielles, etc., permirent de s'en rendre maître, et huit jours après les symptômes s'amendaient; l'ouverture du phlegmon péri-utérin dans le vagin et le rectum acheva de lever toute inquiétude. Le ventre revint lentement sur lui-même, en suivant le retrait de l'utérus. La malade a rendu, à son grand effroi et à plusieurs reprises par le vagin, de larges cylindres blancs qu'elle prit pour des vers; c'étaient de simples tubes, de fausses membranes formées dans les trompes utérines par le sang qui y avait séjourné. (*Annal. méd. de la Flandre occid.*, 18e livr., 1856.)

Lait (*Moyen très-simple de remplacer le*). On éprouve souvent beaucoup de difficulté dans les grandes villes à se servir du lait pendant la saison des chaleurs. Aussitôt qu'il sent le feu, le caséum se sépare du petit-lait, et l'on a une substance impropre à la plupart des usages domestiques et à la nourriture des enfants. Pour parer à cet inconvénient, M. le docteur Ch.-T. Guyot propose le moyen suivant : « Lorsque le lait se caille, on prend d'abord le petit-lait; et ainsi on conserve déjà des éléments essentiels, savoir le sucre de lait et des sels précieux pour le développement de l'enfant. Il faut ensuite chercher une matière protéique soluble, pour substituer à la caséine précipitée. Nous avons trouvé cette matière dans le jaune d'œuf : on connaît l'analogie de composition chimique de l'albumine et de la caséine. Cette dernière sera donc remplacée par une quantité de jaune d'œuf égale à la quantité normale de caséum et de beurre contenus dans le lait de femme. J'ajoute un jaune d'œuf, qui pèse en moyenne 14 ou 15 grammes, à 200 grammes environ de petit-lait. Il est mêlé cru, et lorsque le liquide est à une température d'environ 30 à 32 degrés, un battage prolongé rend le mélange plus parfait, et fait absorber, en outre, au liquide une certaine quantité d'air qui le rend plus digestif. Puis, comme le lait de femme est plus riche en lactine que le lait de vache, on ajoutera encore un peu de sucre. Ce lait artificiel n'est pas dépourvu de matière grasse; le beurre y est remplacé par l'huile d'œuf, qui se trouve dans un état de division extrême, et émulsionnée avec de l'albumine également très-divisée. Notre mélange renferme donc tous les éléments du lait, les substances ternaires et quaternaires, les aliments respiratoires comme les aliments plastiques. » (*Compte rendu de l'Académie des sciences.*)

Maladies de la peau (*Emploi de la glycérine iodée dans le traitement des*). Nous avons appelé à plusieurs reprises l'attention sur l'emploi topique de l'iode dans le traitement des maladies de la peau ou des muqueuses. Le mode particulier d'administration qui a été suivi par M. Maximilien Richter nous engage à revenir sur ce point. M Richter emploie, en effet, une solution d'iode et d'iodure de potassium dans la glycérine, préparée comme suit :

Pr. Iodure de potassium..... 15 gram.
Faites dissoudre dans
Glycérine.... .... 32 »
Versez cette solution sur
Iode pur............... 15 »

L'aspect et la consistance de la glycérine sont à peine changés par l'addition de l'iodure de potassium; seulement, sa saveur sucrée est alcaline; mais lorsque cette solution a été laissée à son tour en contact avec l'iode, il en résulte un liquide gras, d'un brun foncé, qui répand l'odeur bien connue de l'iode, et se laisse mêler facilement avec l'eau et avec l'alcool.

C'est avec cette solution iodée, qui paraît contenir la plus grande partie de l'iode à l'état de liberté et plusieurs iodures combinés à la glycérine, que M. Richter a fait, dans le service de M. Hebra, des applications expérimentales tant sur l'épiderme sain ou malade que sur des surfaces de plaies. Cette solution iodée était appliquée au moyen d'un pinceau, et l'endroit de l'application était recouvert avec un papier de gutta-percha dont les bords étaient fixés avec des bandelettes agglutinatives pour prévenir l'évaporation de l'iode. Après vingt-quatre heures, l'appareil était enlevé et remplacé par des fomentations froides. Ces applications étaient répétées selon le degré et l'aspect des parties malades; mais rarement on y recourait plus souvent que tous les deux jours. Voici quel résultat on en obtint.

Presque immédiatement après la mise en contact de la préparation iodée avec la peau, les malades accusaient une douleur brûlante dont la durée était en rapport avec la sensibilité de l'individu et avec la nature et l'intensité de la maladie, mais qui dépassait rarement deux heures. A part cela.

l'état général restait sans aucune modification. Le pansement levé, les endroits où l'application avait été faite avaient pris une teinte brun-noirâtre dans le cas d'intégrité de l'épiderme, et une teinte moins foncée. lorsque l'épiderme était affecté. Au bout de deux heures, les plaies avec lesquelles la solution iodée avait été mise en contact ne montraient plus traces d'iode, et la gutta-percha n'en avait éprouvé aucune atteinte.

M. Richter résume ses expériences dans les conclusions suivantes: 1° très-concentrée, la solution iodée exerce une action caustique; 2° elle jouit d'une grande efficacité dans les affections scrofuleuses et syphilitiques, presque d'une vertu spécifique dans le lupus; 3° elle amène la fonte du tubercule du lupus, même profondément situé, sans attaquer les parties en voie de cicatrisation; 4° appliquée sur un point d'un organe malade, elle étend son action curative sur les parties voisines avec lesquelles elle n'a pas été mise en contact; 5° son emploi est particulièrement indiqué sur des plaies larges et unies, à cause de la facilité de son emploi; 6° les douleurs brûlantes n'augmentaient souvent qu'après plusieurs applications et alors que la cicatrisation était presque obtenue (*Wochenschrift*, etc., et *Ann. de la Flandre* oc., 17e livraison, 1856).

Manie *puerpérale. Effets remarquables de la reprise de l'allaitement.* Les faits suivants, quelque étranges qu'ils paraissent au premier abord, nous semblent cependant ne devoir pas être entièrement perdus de vue par les médecins. L'influence des sécrétions est plus grande qu'on ne le suppose, et à plus forte raison, en est-il ainsi de la sécrétion lactée, qui éveille tant de sympathies dans l'organisme.

Dans la première de ces observations, il est question d'une femme de trente-six ans qui avait été frappée de démence à la suite de chagrins violents, une première fois à l'âge de vingt-deux ans, et qu'on avait crue atteinte une deuxième, à la suite d'un troisième accouchement Les accès présentaient tous les caractères de la manie, s'accompagnaient de fureur et d'hystéricisme, et duraient de dix à quinze ou vingt jours; l'intervalle qui les séparait était à peu près égal et ne se prolongeait jamais au delà d'un mois. Cette marche de l'aliénation mentale, son ancienneté même pouvaient la faire croire incurable; mais M. Rech s'étant aperçu que l'aliénée avait du lait au sein, et s'étant assuré que cette sécrétion continuait depuis son dernier enfant, eut l'idée de lui faire allaiter un chien, ce qui réussit très-bien et fut continué pendant six semaines. L'accès qui avait été retardé survint alors, fut très-intense, se calma pendant quatre jours et reparut plus violent qu'on ne l'avait jamais vu; il dura en tout près de deux mois et fut le dernier. Trois ans après, la guérison s'était maintenue; sauf un plus grand babil et une agitation inaccoutumée, survenus un an après la guérison, mais qui se dissipèrent d'eux mêmes; cette femme n'avait rien présenté de particulier.

Dans la deuxième observation, il s'agissait également d'une femme qui avait conservé du lait dans le sein, quoiqu'elle n'eût pas nourri depuis vingt ans; c'était une irritation constante plutôt que du délire, avec quelques signes de nymphomanie. Traitée d'abord par un régime adoucissant et par la douceur, la manie avait persisté; M. Rech passa alors aux moyens de rigueur; mais ce qui lui réussit le mieux, ce fut de lui donner un jeune chien à allaiter. Après trois semaines le lait tarit; mais ce fut après cet allaitement que l'irritation se calma et que la raison reparut. Malheureusement, après deux ans, il y eut une rechute et la malade a dû être ramenée à la maison d'aliénés. (*Annales méd.-psycholog.*, juillet.)

Paralysie *consécutive à une hémorrhagie cérébrale (De la valeur relative de l'emploi de la strychnine par la méthode endermique et de son administration à l'intérieur dans la).* La question ainsi posée ne touche pas seulement à l'emploi de la strychnine et aux effets que l'on peut attendre de l'un ou l'autre de ces deux modes d'administration, mais aussi à l'utilité de tous les agents thérapeutiques susceptibles d'être employés par cette double voie. C'est peut-être à tort en effet qu'on a voulu considérer comme tout à fait identique l'action de ces agents introduits par les voies digestives ou par la méthode endermique; il reste à savoir, et les faits dont nous voulons entretenir nos lecteurs sont de nature à faire résoudre la question dans ce sens, s'il n'y aurait pas avantage, toutes les fois qu'on attend un effet particulier et local d'un de ces agents, toutes les fois également que l'organe ou les parties

malades peuvent être atteints directement à se rapprocher par la méthode endermique des parties que l'on veut influencer. La question est presque résolue pour les névralgies, pour lesquelles la méthode endermique est seule employée. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les paralysies, et en particulier pour les paralysies liées à une hémorrhagie cérébrale? Serait-ce parce qu'il y a une lésion cérébrale et qu'il faut, autant que possible, porter l'action sur le point de départ de la maladie? Mais de deux choses l'une néanmoins, ou la destruction de la pulpe cérébrale est portée assez loin pour que le rétablissement du mouvement volontaire soit impossible, et dans ce cas la strychnine échouera certainement par les deux voies; ou bien il reste encore des fibres cérébrales en quantité suffisante pour rétablir la continuité de l'action de la volonté; dans ce dernier cas on ne comprend plus comment la strychnine serait plus utile à l'intérieur que par la méthode endermique. Il ne s'agit plus en effet d'agir sur la pulpe cérébrale, mais d'exciter dans la partie malade la contractilité musculaire momentanément engourdie, et de réveiller par action réflexe l'activité de ces portions malades de la pulpe cérébrale, qui a été momentanément suspendue; bref, il s'agit de faire par la strychnine quelque chose d'analogue à ce qu'on demande à l'électricité. Les faits auxquels nous avons fait allusion plus haut tendent à confirmer ce raisonnement. Frappé des insuccès de la strychnine donnée en pilules jusqu'à la dose de un demi-grain, dans deux cas d'hémiplégie consécutive à une hémorrhagie cérébrale, aucune modification bien apparente dans la maladie n'ayant été le résultat de cette administration, M. Falot a eu recours à la méthode endermique et a porté la dose de strychnine depuis 1/2 grain jusqu'à 3/4 de grain appliqués à la fois sur la surface d'un vésicatoire. Dans le premier de ces cas, l'hémiplégie n'a guéri, et dans le second elle ne s'est amendée qu'après le pansement avec la strychnine d'un vésicatoire ou de plusieurs. Des expériences de ce genre sont trop faciles à répéter pour que la science ne soit pas définitivement fixée avant peu relativement à la préférence accordée par M. Fallot à la méthode endermique dans le cas d'hémiplégie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale. (*Revue thérap. du Midi.*)

VARIÉTÉS.

De la viabilité dans les vices de conformation congénitaux.

« Les articles 725 et 905 du Code Napoléon disent que, pour succéder ou jouir du bénéfice d'un testament ou d'une donation, l'enfant doit être né viable. Or, la viabilité n'est pas définie par la loi. La science traduit viabilité par *aptitude à parcourir les phases diverses de la vie.*

« La question de viabilité ne saurait être posée tant qu'un enfant est vivant, car il y a toujours présomption de viabilité. Si l'on remédie par une opération quelconque à un vice de conformation dont il est affecté et qu'on réussisse, la viabilité lui est définitivement acquise. Ce n'est donc que quand l'enfant a succombé que cette question doit être posée. Or, les vices de conformation peuvent se présenter sous deux conditions différentes : tantôt la science possède des moyens faciles, certains, exempts de danger, capables de les traiter ou de les guérir, telles sont l'imperforation du prépuce, du méat urinaire, de l'anus, etc. ; tantôt les ressources de l'art sont incertaines, c'est-à-dire que le praticien n'est pas toujours sûr de réussir, parce que l'opération offre des dangers ou que les procédés opératoires ne présentent pas le même degré de certitude que dans le premier cas. Telle est l'absence d'une plus ou moins grande partie du rectum.

« Dans cette double hypothèse, trois cas peuvent se présenter : 1° l'enfant meurt sans avoir été opéré, soit par incurie des parents, soit par absence ou timidité des hommes de l'art; 2° l'enfant a succombé après l'opération, soit à des accidents inhérents à l'opération elle-même, soit à des complications impré-

vues et qui d'ailleurs sont communes à tous les actes de la chirurgie, soit enfin à ce que l'opération n'a pas été pratiquée en temps utile ; 3° l'enfant succombe avant l'opération à des causes étrangères au vice de conformation dont il est affecté. Tels seraient un accident, une maladie intercurrente, etc.

« Deux solutions opposées se trouvent en présence pour chacun de ces cas : 1° une opinion partagée par quelques jurisconsultes est la suivante : « Doit être déclaré non viable l'enfant qui porte en lui une impossibilité de vie absolue, irrémédiable. Mais si, par une opération quelconque, on peut y remédier, alors même que celle-ci offrirait de grands dangers, l'enfant doit être déclaré viable. » 2° Une opinion opposée a été soutenue par M. Devergie. « Il faut, dit-il, juger les vices de conformation tels qu'ils se montrent, et se demander s'ils étaient de nature à entraîner la mort dans l'hypothèse où ils auraient été abandonnés à eux-mêmes. » Partant de ce fait qu'il y a présomption de viabilité toutes les fois qu'il y a vie, il dit « que si, à l'aide des secours de l'art, un enfant a été soustrait à des chances certaines de mort, cet enfant, qui, en l'absence de ces secours, aurait succombé, doit être déclaré viable ; mais il n'en doit pas être de même lorsque l'art a été impuissant à remédier au vice de conformation : alors le fait doit être jugé, non pas en raison des chances possibles des secours médicaux ou chirurgicaux, parce que tout est problématique dans leurs applications et leurs résultats, mais bien en raison du vice de conformation considéré en lui-même. » Ainsi, selon M. Devergie, en ne jugeant que d'après l'altération telle qu'elle se montre à la naissance, et d'après les résultats qu'elle doit forcément amener quand elle est abandonnée à elle-même, en laissant aux enfants que le hasard ou les conditions sociales entourent de soins éclairés les éventualités et le bénéfice de ces circonstances, on pose des doctrines à la fois justes et précises.

« Entre ces deux opinions, nous n'hésitons pas à adopter la première. En effet, si l'on subordonnait la question de viabilité aux conditions sociales de l'enfant, aux éventualités des suites d'une opération, etc., on arriverait à des conséquences opposées à toute idée de justice et à l'esprit même de la loi. C'est ainsi qu'un enfant né dans l'aisance, à même de recevoir des soins médicaux éclairés, venant au monde avec une imperforation de l'anus, que l'art peut immédiatement guérir par un simple coup de lancette, cet enfant sera viable, parce qu'il sera secouru ; tandis que, né dans des conditions sociales opposées, il ne sera pas viable ! Évidemment, il nous serait impossible de déclarer devant les magistrats qu'un vice de conformation si léger, et auquel il est si facile de porter remède, puisse exclure la viabilité.

« Ce fait étant admis, nous arrivons aux cas les plus complexes et les plus graves, tels que l'absence de l'extrémité du rectum ou celle du même intestin dans la plus grande partie de son étendue. Or, dans ces cas, la méthode de Littre, celle de Callisen modifiée par Amussat, ont déjà produit assez de succès pour que le praticien soit toujours autorisé à faire ces opérations, et soit même blâmable de ne pas les tenter. Nous leur appliquerons donc les mêmes raisonnements qu'aux précédents, et nous dirons que le bénéfice de la viabilité nous semble devoir leur être acquis.

« Mais il n'en est plus de même lorsque l'altération organique est au-dessus des ressources de l'art, soit parce que celui-ci n'a pas encore trouvé de moyens d'y remédier, soit parce que les procédés employés jusqu'à ce jour n'ont fourni que des résultats négatifs.

« Pour nous résumer, nous dirons : 1° que l'on ne doit pas faire dépendre la

viabilité de circonstances éventuelles, telles que la position sociale de l'enfant, la prudence de l'homme de l'art, etc.; 2° que la viabilité doit être subordonnée seulement à l'état de la science et aux progrès de l'art de guérir; 3° qu'il faut admettre que tout enfant né avec un vice de conformation de nature à entraîner nécessairement la mort, s'il est abandonné à lui-même, doit être considéré comme viable, quand cette lésion peut être traitée et guérie, même en supposant que les opérations destinées à atteindre ce but puissent être suivies d'accidents graves ou même de la mort. »

Un concours sera ouvert le 1er décembre prochain à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce pour quatre emplois de professeurs agrégés, créés par le décret du 12 juin 1856 à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

M. le docteur Faure, ex-médecin sanitaire à Damas, vient d'être nommé médecin inspecteur-adjoint des eaux de Néris.

Dans un article qu'il a publié sur la spécificité contagieuse du choléra et du typhus dans un des derniers numéros de l'Union médicale, M. Bonnafont a fait connaître des chiffres qui montrent encore une fois de plus à quels terribles dangers nos confrères de l'armée d'Orient ont été soumis dans ces derniers temps. En 1854 et 1855, période du choléra, le corps des officiers de santé n'avait perdu que 32 de ses membres; dans les trois premiers mois de 1856, période du typhus, il en a perdu 62. La marine, de son côté, sur 9 décès en compte 7 par le typhus. Enfin, les sœurs de charité ont payé aussi leur tribut au typhus : sur 25 décès, 20 ont eu lieu par cette dernière maladie et dans les trois premiers mois de cette année.

On nous annonce la mort de M. le docteur Dunal, doyen de la Faculté des Sciences de Montpellier et professeur de botanique dans la même Faculté.

M. le docteur Répiquet, ancien chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, vient de mourir à Lyon dans un âge avancé.

La famille de M. le docteur de Pollinière, dont nous avons annoncé récemment la mort, vient de faire don de sa bibliothèque à l'École de médecine de Lyon.

La trente-deuxième réunion des naturalistes et des médecins allemands, empêchée l'an dernier par le choléra, se tiendra du 17 au 21 septembre prochain à Vienne. Des solennités nombreuses et des fêtes brillantes auront lieu à l'époque de ce Congrès. Le Congrès sera divisé en dix sections. Ont été nommés introducteur pour la section d'anatomie et de physiologie, M. Rokitanski; secrétaires, MM. Engel, Patruban; pour la section de médecine, introducteur M. Skoda; secrétaires, MM. Sigmund, Preiss; pour la section de chirurgie, ophthalmologie et obstétrique, introducteur M. de Dumreicher; secrétaires, MM. Blodig, Jœger, Spœth.

La Gazette médicale de l'Algérie nous donne les curieux renseignements qui suivent sur la source d'Hammam-Melouane, située au pied du mont Atlas, près du village de Rovigo. C'est un spécimen des richesses hydrologiques de notre colonie. — « Les marabouts, aux ordonnances desquels Hammam-Mélouane doit ses visiteurs valétudinaires, recommandent expressément certaines pratiques religieuses qui sont le complément obligé, la condition *sine quâ non* d'un traitement propice; en voici un court spécimen. Le vendredi, jour saint

pour tout fidèle musulman, est le jour qu'il faut choisir de préférence pour aller se régénérer à la source vénérée. Aussi est-on sûr d'y rencontrer ce jour-là quelques familles campées sous les oliviers qui entourent le marabout. Les nattes et les tapis couvrent le sol, les haïks pendent aux branches des arbres séculaires, le cheval ou la mule broutent à côté du feu de bivouac, où le café s'apprête. C'est d'abord aux femmes à prendre leur bain. Entrées dans la piscine, elles s'y déshabillent et s'immergent aussitôt, ce qui se sait au dehors par les *you you you you* suraigus dont elles font retentir la montagne. Elles croient ainsi rendre hommage à la mémoire du saint protecteur de ces lieux salutaires. La baignade ne dure pas au delà de quelques minutes : alors commencent les mystères religieux. C'est le plus souvent une poule sacrifiée vivante, dont le foie et les entrailles, violemment arrachés du corps et projetés dans le ruisseau, vont se perdre au loin, ou bien ce sont des bougies allumées et bientôt éteintes avec énonciation de paroles cabalistiques, des morceaux de vêtements, des cheveux de personnes aimées ou haïes, des versets, de la poudre, cent objets divers, cachés et ficelés dans du papier que l'on insère aux anfractuosités de la vieille muraille du marabout. Désirs de vengeance ou d'amour, espoir de fortune et de santé ; tout se formule ici avec ferveur, à voix basse et quelquefois dans le silence de l'adjuration mentale. La prière et les vœux accomplis, on rajuste les vêtements, on avale le café, les hommes fument, les femmes devisent à part, et la famille reprend la route du douar, abandonnant avec confiance, jusqu'à l'an prochain, les amulettes qu'elle a offertes au génie de la source, et dont elle rêve les plus heureux résultats. »

L'histoire de la médecine chez les Francs est fort peu connue. Nous trouvons dans l'*Histoire des mœurs et de la vie privée des Français*, par M. Emile de la Bédollière, le tarif légal des plaies et mutilations qui résultaient des rixes journalières inévitables chez des peuples barbares. Voici ce tarif, avec l'indication des sources :

« Si une personne a reçu une blessure à la tête ou à une autre partie du corps, et qu'il en soit sorti un os d'une grosseur telle que, jeté sur un bouclier, il rende un son appréciable à douze pieds de distance, l'agresseur payera trente-six sous ; s'il est sorti plusieurs os de la blessure, on ajoutera un sou d'or par chaque os rendant un son.— Si quelqu'un coupe la main d'autrui, ou le pied, ou l'oreille, ou le nez, ou qu'il lui crève un œil, qu'on le condamne à payer cent sous. — Si la main pend meurtrie et mutilée, le coupable payera, en outre, quarante-cinq sous.— Si la main est entièrement détachée, soixante-deux sous. — Si l'on a coupé le pouce de la main ou du pied, quarante-cinq sous. — Pour meurtrissures du pouce, trente sous. — Pour avoir arraché le second doigt, celui qui lance la flèche, trente-cinq sous. — Pour les trois doigts suivants coupés d'un seul coup, quarante-cinq sous. — Pour le doigt du milieu, quinze sous. — Pour le quatrième doigt, quinze sous. — Pour le petit doigt, quinze sous. — Pour le pied coupé et non détaché, quarante-cinq sous. — Pour le pied détaché, soixante-deux sous. — Pour un œil crevé, soixante-deux sous. — Pour avoir arraché le nez, quarante-cinq sous. — Pour l'oreille, quinze sous — Pour avoir coupé la langue d'un homme, de sorte qu'il ne puisse plus parler, cent sous. — Pour une dent arrachée, quinze sous. — Si un homme libre a châtré un homme libre ou lui a coupé le membre viril, il payera cent sous. — S'il lui a enlevé complétement les parties génitales, deux cents sous. »

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

La saignée et ses détracteurs.

Par M. SAUCEROTTE, médecin en chef de l'hôpital de Lunéville [1].

Heureusement qu'entre ces hématophobes et les maniaques possédés de la fureur de verser à flots le sang humain, il se trouvait alors, comme il s'est trouvé de tout temps, des praticiens ennemis de tous les excès, et qui, prenant à tâche de continuer la méthode d'observation et d'induction appliquée avec tant de bonheur par Hippocrate à l'étude des maladies, surent tirer de la saignée les excellents résultats qu'elle donne quand on en use avec une sage modération ; tels furent les Forest, les Mercuriali, les Amatus, les Rivière, les Sennert, les Plater, les deux Pison, les Tulpius et tant d'autres ; tel fut, à une époque plus rapprochée de nous, Baglivi, dont le Traité de médecine pratique brille par des qualités qui font oublier le théoricien [2]; tel l'illustre Sydenham, qui employait la saignée non-seulement dans les maladies inflammatoires, mais même dans des cas où elle n'est pas d'un emploi vulgaire, telles que certaines variétés d'hystérie, d'asthme, et plusieurs autres névroses; les convulsions de la dentition, où il la regardait comme *spécifique;* le début de la dyssenterie, des varioles confluentes; la fièvre pestilentielle qui régna à Londres en 1665 et 1666, etc. Cette médication lui paraissait suffire, à elle seule, à la guérison de plusieurs maladies, notamment de la pneumonie et de la pleurésie « Quandoquidem vero hujus morbi curatio in repetita venæ sectione *fere tota stat.* » (*Op. omn.*, t. Ier.) Il avoue avoir donné des excitants dans des cas où une expérience plus consommée lui enseigna que des émissions sanguines réitérées étaient nécessaires.

Les trois grandes renommées du dix-huitième siècle, Stahl, Fr. Hoffmann, Boerhaave, font tous trois de la saignée un des moyens cardinaux de la thérapeutique. On est même surpris de voir Stahl, auquel sa doctrine sur les efforts conservateurs de la nature devait inspirer une certaine réserve en matière de traitement, et qui ne faisait qu'un usage assez restreint de la phlébotomie dans les phlegmasies pulmonaires, la préconiser dans d'autres circonstances où

[1] Voir les numéros des 15 et 30 juillet, p. 5 et 49.

[2] La saignée est pour Baglivi un remède *merveilleux* dans l'apoplexie sanguine : « *Arcanum* in sanguineis est phlebotomia. » A propos de la pleurésie, il dit ailleurs : « In aere Romano phlebotomia est *princeps* remedium. » (*Op. omn.*, t. I.)

le plus grand nombre des praticiens la regardent comme nuisible la phthisie, l'hypocondrie, certaines leucorrhées, etc.); la conseiller comme *préventive* plutôt encore que comme curative contre plusieurs maladies aiguës ou chroniques (goutte, colique néphrétique, rhumatisme, hémorrhagie, etc.); et raconter qu'il vient, parvenu à l'âge de soixante-neuf ans, de subir la *cent deuxième saignée*, ajoutant qu'il n'y avait jamais recours sans un soulagement évident, et que le mouvement nutritif produisant plus de sang qu'il n'en faut pour l'entretien de la vie, on peut y recourir hardiment, sans craindre d'épuiser les sources de la vie, même chez les vieillards. « Hinc « non audiendi sunt qui per illam vires exhauriri statuunt... Cui « commento innumera fere exempla, quantumcumque seniora, « alacriter contradicunt (¹). » (*Consp. therap. spec.*)— Quant à Fr. Hoffmann, plus prodigue encore de saignées que Stahl, il n'en parle que dans les termes les plus louangeurs ; c'est pour lui un remède *divin :* « Divinum venæ sectionis auxilium. » Aucun ne peut lui être comparé en efficacité : « Neque enim ullum tam absolutæ efficaciæ « in universa rerum natura datur remedium. » (*De salut. ac noxio venæ Sect. usu.*) Aussi l'employait-il dans presque toutes les maladies aiguës et chroniques, et en conseillait-il l'usage deux fois au moins par an comme *préservative,* aux solstices et aux équinoxes. —Enfin Boerhaave, praticien éclectique, malgré ses préférences pour les doctrines mécaniques, se conforme aux traditions de la médecine d'observation ; c'est-à-dire qu'il regarde la saignée comme le remède capital des maladies inflammatoires, de la pléthore et des maladies qui en sont la suite, des hémorrhagies actives, des douleurs vives, de l'épaississement du sang, ce qui ne l'empêche pas de signaler différents modes de guérison que peuvent offrir des phlegmasies pulmonaires sans le secours des émissions sanguines, par l'apparition de crises favorables. (*Aphor. de cogn. et cur. morb.*) Mais quand la phlébotomie lui paraît indiquée par les forces du malade, la violence du mal, et surtout par sa date récente, il laisse couler le sang par une large ouverture, jusqu'aux premiers indices de défaillance, ou jusqu'à ce que la douleur soit considérablement diminuée, la couenne disparue, et il répète l'opération, si les symptômes reprennent une nouvelle acuité. (*Ibid.*)

A la suite de ces noms illustres viennent se ranger, dans une communauté plus ou moins étroite de vues touchant les grands prin-

(¹) On lui doit, outre deux dissertations *sur la phlébotomie*, une thèse *sur l'utilité des sangsues* (Halle, 1669).

cipes qui gouvernent la pratique en général, et l'emploi de la saignée en particulier, les Van Swieten, les de Haen, les Gaubius, les Stoll [1], les Sénac, les Lorry, les Tissot, les Bordeu, les Cullen, les Selle, les Zimmermann, etc. L'empirisme rationnel qui règne en thérapeutique à la fin du dix-huitième siècle et au commencement du dix-neuvième rapproche de même des hommes qui, au point de vue dogmatique, professent d'ailleurs des opinions différentes, les P. Franck, les Portal, les Alibert, les Corvisart, les Hufeland, les Barthez, les Hallé, les Pinel, etc. On sait quel emploi libéral le médecin de Vienne fit des émissions sanguines. Pour le patriarche de la médecine allemande, cette médication « a incontestablement le pas sur tous les autres moyens thérapeutiques. » (*Enchir. med.*) Il déplore qu'on omette la saignée de nos jours « dans une multitude de cas où nos pères, guidés par l'expérience, l'employaient avec la plus grande utilité. » (*Ibid.*) Portal, Hallé, en furent des partisans non moins résolus. Ce dernier saignait largement et hardiment dans la pneumonie. Quant aux autres [2], s'ils ne firent qu'un emploi modéré des évacuations sanguines (ce dont je n'entends pas, d'ailleurs, les blâmer), c'est que cela rentrait non-seulement dans leurs vues propres sur l'art, mais encore dans les tendances générales de l'époque. L'abus qu'on en avait fait dans le dix-huitième siècle tenait un peu en défiance les praticiens, généralement revenus des idées théoriques qui étaient en faveur alors. Ces tendances trouvaient enfin dans les partisans de Brown des exagérateurs qui leur donnaient le caractère d'une réaction. Toutefois, cette réaction devait, comme toujours, en amener une autre en sens contraire; c'est en effet ce qui arriva, comme on sait, à l'avénement du broussaisisme, qui, prodigue du sang humain, n'eut de particulier, sous ce rapport, que la préférence qu'il donna, en général, aux saignées locales [3]. Remarquons, à ce propos, que si nos devanciers y recoururent moins souvent, bien qu'ayant pour principe de saigner dans

[1] Stoll, au nom duquel on associe ordinairement l'idée de la médication évacuante, saignait fréquemment. Chaque fois, dit-il, que la maladie est compliquée d'une inflammation, c'est l'inflammation qu'il faut combattre.

[2] On a prétendu que Pinel ayant vu un vieillard guérir d'une pneumonie sans avoir été saigné renonça, ou à peu près, à cette médication. Mais comment admettre qu'un esprit aussi sagace ait cru pouvoir tirer une conclusion aussi absolue d'un fait unique ? Ce qu'il y a de vrai, c'est que le célèbre nosologiste, praticien expectant par tempérament d'esprit comme par système, ne fit qu'un usage réservé des émissions sanguines; mais il ne les rejeta jamais complètement.

[3] On consomma en 1819, dans les hôpitaux de Paris, 400,000 sangsues.

le lieu le plus rapproché du mal, c'est qu'ils ouvraient toutes sortes de veines.

«En sortant des mains prodigues mais intelligentes de Broussais, la saignée est tombée dans l'empirisme, et alors de par la statistique pure elle a été déclarée tout à la fois héroïque et innocente dans le traitement des principales maladies aiguës. Il suffit qu'on désire quelque chose pour que la statistique ne vous le refuse pas. » (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérap.*, t. I.) — Entre tous les médecins pour lesquels les émissions sanguines constituaient une médication héroïque brilla au premier rang M. le professeur Bouillaud ; parmi ceux qui pensaient qu'il fallait, sinon les rejeter, du moins rabattre beaucoup de l'opinion qu'on s'était faite de leur puissance, figura, avec non moins d'autorité, un des observateurs les plus exacts de notre époque, M. Louis.

D'abord, en ce qui concerne M. Bouillaud, il y a longtemps que l'utilité des saignées répétées à de courts intervalles avait été constatée. Botal l'avait, jusqu'à un certain point, réduite en méthode. Huxham, Cullen, Dehaen et bien d'autres professaient la même opinion à cet égard. Ainsi l'on voit ce dernier pratiquer neuf saignées en trois jours dans un cas de pneumonie. M. Bouillaud n'a donc fait, en définitive, que remettre en honneur une médication tour à tour abandonnée et reprise suivant les idées en faveur, et la formuler d'une manière plus rigoureuse que ses devanciers. Sous ce rapport même, je ne sais si je ne préfère pas le traitement moins uniforme de ces derniers à la formule absolue de M. Bouillaud, laquelle fait rentrer sous une règle immuable des maladies dont les indications sont parfois si diverses.

Quoi qu'il en soit, et quelque jugement qu'on en porte, on ne peut contester (et c'est surtout le point sur lequel je dois insister ici) que cette médication n'ait eu de très-beaux résultats dans les cas où elle frappait juste. « On ne peut nier, dit M. Renouard, que Botal n'ait obtenu des *succès extraordinaires* par les émissions sanguines. Si sa théorie est fort contestable, les faits nombreux sur lesquels il l'appuie le sont beaucoup moins. » (*Hist. de la méd.*, t. II.) Tous ceux qui ont suivi la clinique de M. Bouillaud ont pu également attester, à côté de revers inévitables « des *succès inespérés et frappants.* » (Trousseau et Pidoux, *Tr. de thérap.*, t. I.) En somme, s'il ne se fait plus autant de bruit que naguère autour des expérimentations cliniques de ce professeur, il n'a pas moins prouvé sans réplique à qui veut voir sans prévention combien il importe au succès du traitement antiphlogistique de pratiquer les saignées à des intervalles rappro-

chés, notamment dans la pneumonie.— Ce résultat qui restera, quoi qu'on en dise, les travaux de M. Louis ne l'ont pas infirmé, car dans les observations qu'il a publiées pour prouver que la saignée n'a pas d'influence sensible sur la durée de la pneumonie, cet habile praticien n'a pas appliqué la méthode des saignées coup sur coup. Or, comme on l'a fort bien remarqué, saigner un péripneumonique deux ou trois fois en huit jours, ou le saigner deux et trois fois par jour, c'est fort différent; et certes il n'y a rien à conclure de l'un de ces traitements contre le second. Quant au résultat définitif de la saignée, de ce qu'elle n'a pas jugulé la maladie, ou même de ce qu'elle n'a pas eu d'influence avérée sur sa durée, on ne peut davantage en conclure qu'elle n'a pas contribué à la guérison. Je ne sache pas non plus qu'on puisse se prévaloir, pour proscrire les émissions sanguines, de l'autorité d'un praticien qui, à l'époque même où il publiait ses *Recherches sur les effets de la saignée*, etc., pratiquait cette opération au début de presque toutes les fièvres typhoïdes, et qui écrivait : « Malgré les bornes de leur utilité, les émissions sanguines *ne peuvent pas être négligées* dans les inflammations graves et qui ont pour siége un organe important, soit à raison de leur influence sur l'organe malade, soit parce qu'en abrégeant la durée de l'affection elles diminuent les chances des lésions secondaires qui en augmentent le péril. » (*Loc. citat.*) Qu'on me permette de rappeler encore ici les résultats d'une pratique nosocomiale appliquée sur une assez grande échelle. Parmi les nombreux malades atteints de phlegmasies pulmonaires que je vois entrer dans mes salles militaires, je remarque deux catégories de malades. Les uns sont au début de l'affection; il est très-rare qu'une ou deux saignées, secondées par les antimoniaux à dose moyenne, ne les débarrasse pas en quelques jours (¹). Les autres en sont à une période plus avancée du mal : on les a gardés plus ou moins longtemps dans les infirmeries régimentaires, où l'on ne fait absolument rien, parce que rien n'est organisé pour cela : c'est le beau idéal de la méthode expectante. Eh bien ! ces malheureux jeunes gens passent généralement quatre à cinq mois à l'hôpital. Quelques-uns y meurent, d'autres guérissent, beaucoup sont réformés et vont languir ou mourir chez eux. Je trouve dans la *Gazette médicale de Lombardie*, pour 1849, des ré-

(¹) Cela n'a rien que de conforme à ce que l'on observe tous les jours. « La péripneumonie franche vivement attaquée au début résiste rarement. On aura beau dire et beau faire, nul traitement ne peut et ne doit rivaliser, dans ce cas, avec le traitement antiphlogistique manié de suite avec une intelligente énergie. » (Trouss. et Pid., t. I.)

sultats semblables. Sur 30 individus atteints de pneumonies, 24 se sont laissé saigner; 22 ont guéri, 2 étaient encore en traitement. Des 6 qui ont refusé la saignée, 4 sont morts, 2 seulement ont guéri. (*Journ. de méd.*) On demande des chiffres, en voilà.

L'anarchie qui, sous le manteau de l'empirisme, tend à se substituer depuis plusieurs années aux vérités acquises en thérapeutique et aux résultats jusqu'alors incontestés de la tradition a donné l'essor à une foule d'essais ou d'opinions fort diverses, pour ne pas dire assez étranges, et d'où l'on pourrait conclure, toujours au nom de la statistique, « rien ne se ressemblant plus aux yeux de l'empirisme numérique que deux faits, même quand ils sont très-différents (*Tr. de thérap.*); » d'où l'on pourrait conclure, dis-je, que le froid et le chaud, l'eau et le feu, les doses rasoriennes et les doses infinitésimales, la médecine expectante et la médecine perturbatrice sont également propres à guérir une même maladie; de sorte qu'il n'y aurait plus qu'à appliquer à la thérapeutique un axiome fameux dans une certaine école de philosophie, et proclamer que « tout guérit tout. »

En ce qui concerne la saignée, et pour ne parler que des cas où elle se montre la plus héroïque, on nous indique, tantôt des apoplectiques chez lesquels cette évacuation a été suivie d'un accroissement dans les accidents, tantôt des pneumonies aggravées par elle ou guéries sans elle.—D'abord, quant à l'apoplexie, il se peut que la saignée ait été suivie, dans quelques cas que l'on compte, d'une aggravation dans les symptômes; mais il faudrait prouver que cette aggravation tient précisément à la soustraction du sang et non pas à la marche naturelle de la maladie, à quelque lésion antérieure de la pulpe cérébrale ou d'un autre organe jusqu'alors méconnue. Et puis la question des contre-indications a-t-elle toujours été rigoureusement posée? On multiplierait les faits de ce genre qu'on n'en serait pas beaucoup plus avancé, tant qu'on n'aura pas constaté *les causes* en vertu desquelles la saignée paraissant parfaitement indiquée, il y a, postérieurement à cette opération, aggravation des symptômes; comme mon fils l'observait, il y a quelques mois encore, chez une femme d'une quarantaine d'années, pléthorique, à pouls plein, dur et fréquent, et qui, offrant les symptômes d'une congestion cérébrale active fut, à la suite de la saignée qu'on crut devoir lui opposer, atteinte immédiatement d'hémiplégie. Cette femme avait une hypertrophie du cœur, et mourut quelques semaines plus tard à la suite d'une nouvelle congestion cérébrale. Or, les lésions organiques du cœur sont, je crois, celles que l'on pourrait le plus fréquemment constater chez les malades qui éprouvent consécutivement à cette

déplétion sanguine cette aggravation des symptômes primitifs. Je dirai, dans une autre circonstance, la manière dont je me rends compte de ces faits et du mécanisme de leur production. Je me bornerai à remarquer ici que si l'on compte les faits défavorables à l'emploi de la saignée, on ne compte pas ceux dans lesquels elle se montre efficace ; et que s'il fallait renoncer à un remède parce qu'une fois sur cent, sur mille peut-être, on a vu la maladie s'aggraver à la suite de son emploi, toute la matière médicale y passerait. Un homme qu'on n'accusera pas, je pense, de prétentions trop favorables à la saignée, M. Louis dit avec un grand sens que « l'insuccès de la saignée dans quelques cas graves *ne prouve absolument rien*, puisqu'il est toujours possible de trouver des cas relatifs à la maladie dont le traitement est le plus sûr, qui résistent à tout. » (*Rech. sur la fièv. typh.*, t. II.)

En ce qui concerne les phlegmasies pulmonaires, il y a longtemps qu'on sait que la saignée peut, dans certaines circonstances données, ou par suite de certaines constitutions médicales, leur être défavorables. Cœlius Aurélianus [1], Sydenham [2], Lancisi [3], Bianchi [4], Baillou [5], pour ne citer que les plus célèbres, n'ont pas laissé à nos contemporains le mérite de cette découverte. Boerhaave et d'autres encore font remarquer qu'il est, pour un même état morbide, diverses solutions critiques, différentes des voie ouvertes à la guérison; il n'y a donc rien d'étonnant qu'on guérisse des pneumoniques sans saignées. Reste à prouver que l'on ne fait pas courir plus de chances aux malades par cette abstention, et notamment par l'expectation, que par la méthode traditionnelle. On a guéri des malades, c'est incontestable, en ne leur donnant que du calomel ; on prétend même les avoir guéris avec l'eau froide, le chloroforme, etc. ; mais Guersant cite aussi un cas de fièvre quarte qui résistait depuis plusieurs mois aux préparations de quinquina et qui fut guérie par une seule saignée. Faut-il en conclure que la saignée est le spécifique de la fièvre quarte, et qu'on doit la préférer au quinquina?

Conclusions. J'ai démontré qu'aucune théorie, qu'aucune doctrine générale actuellement acceptable n'autorisait à rejeter les émissions sanguines; que la proscription de cette médication ne résultait pas davantage des progrès récents de la science; qu'il restait par conséquent à trouver dans l'expérience individuelle des motifs suffi-

---

(1) *De Morb. acutis*, lib. II ; (2) *Oper.*, sect. V; (3) *Hist. rom. Epid.*; cap. VI ; (4) *Hist. hepat.*, part. 3 ; (5) *Epid. et Ephem.*, lib. I.

sants pour abandonner les données de la tradition. — Or, recherchant quels sont les caractères, quelle est la valeur de cette tradition, j'ai prouvé, l'histoire à la main, qu'il n'est pas en matière de pratique de doctrine aussi universellement répandue, aussi fortement établie que celle qui consacre l'immense utilité de la saignée, qu'il n'en est pas qui s'appuie sur un concours d'autorités aussi imposantes. Je demanderai maintenant de quel poids peuvent peser dans la balance du praticien les quelques opinions individuelles qu'on voudrait mettre en présence de cet écrasant témoignage?

Il est une dernière remarque que je ne puis me dispenser de faire et que chacun d'ailleurs aura faite comme moi, c'est que les médecins les plus opposés en théorie se trouvent forcément aboutir sous la pression de l'expérience aux mêmes conclusions. Ainsi tandis qu'un mécanicien saignait dans le but de désobstruer les vaisseaux qu'il supposait engorgés par des forces mécaniques, un partisan des doctrines humorales saignait pour enlever à son malade les humeurs viciées, un broussaisiste pour soustraire aux organes irrités l'élément de la phlegmasie. Divisés au point de vue dogmatique, tous se rencontraient sur le terrain de l'application, tant est irrésistible l'empire de la vérité sur les esprits les plus fascinés par l'hypothèse. Enfin, malgré les excès dans lesquels sont tombés les partisans fanatiques de la saignée (il y aura toujours en toute chose des esprits disposés à dépasser la mesure du vrai), on voit se perpétuer depuis Hippocrate jusqu'à nous, touchant l'usage de la saignée, un corps de préceptes sur lesquels les praticiens dégagés de toute influence systématique et qui ne sacrifient qu'à l'observation, se sont en tout temps entendus. Je dirai plus, loin de trouver dans l'abus que l'on a fait de cette héroïque médication une preuve de son danger ou de son inutilité, j'y vois un argument de plus en sa faveur. Je ne connais pas, en effet, de preuve plus convaincante de la vérité d'un principe que de le voir, après qu'on a tout fait pour le discréditer, rester en faveur auprès des esprits qui, ne prenant pour guide qu'une analyse sévère, savent séparer la vérité de l'alliage qui en ternissait l'éclat, et se garder du sophisme si connu dans l'école, *fallacia accidentis*.

Donc avant de renoncer à la saignée, attendons que l'on *découvre* une médication qui, dans un temps aussi court et sans faire courir plus de chances au malade, ait à la fois la propriété de décongestionner les organes hyperhémiés, de modifier la composition du sang, d'augmenter l'absorption par suite de la vacuité des vaisseaux, et enfin, suivant l'énergique expression de Hufeland, « d'a-

baisser la somme de vitalité en excès, en attaquant celle-ci à sa source même. »

Note sur le traitement du zona.

Ce nous est toujours un sujet de pénible étonnement que de voir, dans l'histoire de la science, les médecins divisés sur les plus simples questions. Ainsi, posez celle-ci : Le zona a-t-il une prédilection marquée pour l'un des côtés du corps ? ou cette autre : Son développement a-t-il quelque rapport avec les saisons de l'année ? et les auteurs vous répondront de la manière la plus contradictoire. Pendant que les uns affirment que presque constamment le zona se développe à droite, les autres soutiennent que c'est le côté gauche du corps qui est l'objet d'une singulière prédilection. Il en est de même pour l'opportunité des saisons dans cette maladie. MM. Cazenave et Schedel, par exemple, la font naître surtout pendant l'automne et l'été ; J. Frank, au contraire, en place la plus grande fréquence dans les deux autres saisons de l'année. Bien que l'élucidation de ces questions, qui ont leur importance au point de vue d'une science complète, pût être tentée aujourd'hui, nous ne nous en occuperons pas ici cependant. Si, en commençant cette note, nous avons cru devoir signaler ces contradictions, c'est uniquement pour montrer que, dans notre science laborieuse, les questions les plus simples ont leur côté obscur, et justifier à l'avance les quelques remarques que nous croyons devoir consigner ici sur une maladie qui, bien qu'elle soit d'une observation vulgaire et presque tout objective, ne laisse pas cependant que d'avoir encore ses obscurités.

Rien de plus obscur d'abord que l'étiologie de cette singulière maladie. Quand le hasard des circonstances ou l'action occulte d'une influence placent sous les yeux d'un observateur, pendant un court espace de temps, quelques cas de zona, il est naturellement porté à en rendre responsable ou la saison pendant laquelle il observe, ou une influence épidémique ; et c'est là, sans doute, l'une des sources les plus fécondes des contradictions que nous signalions tout à l'heure. Mais cette étiologie ne tarde point à être discréditée, aux yeux de ceux-là mêmes qui sont les plus disposés à la conviction, quand une observation ultérieure leur montre le développement de la maladie complétement en dehors des conditions dans lesquelles on l'avait tout d'abord observée. Comme tout le monde, nous avons eu de ces illusions. Un médecin habile, croyant à la propriété conta-

gieuse du zona, avait tenté de s'en assurer en inoculant la matière contenue dans les vésicules qui constituent l'individualité anatomique de cette maladie. Cette inoculation nous avait paru produire quelque chose d'analogue au moins à la lésion mère ; il ne nous en fallut pas davantage, non assurément pour affirmer, mais pour soupçonner la nature contagieuse de la ceinture vésiculeuse dans les deux cas que nous allons indiquer sommairement, et uniquement en vue de montrer la filiation simplement apparente de phénomènes identiques. Une dame âgée de soixante-douze ans fut prise d'un zona parfaitement caractérisé, et dont le siége était le côté gauche des lombes et de l'abdomen. Elle était riche, jouissait de tout le confort de la vie, et rien dans ses habitudes, rien dans son régime, rien dans l'action des influences exceptionnelles auxquelles elle eût pu être exposée, ne nous rendit compte de l'apparition de cette maladie, qui, du reste, suivit sa marche ordinaire. Cette dame, entourée d'un nombreux domestique, ne recevait, dans ses maladies, que les soins d'une femme de chambre assez âgée elle-même, et qui avait pour sa maîtresse le dévouement d'un serviteur d'autrefois. Comme il arrive toujours dans cette maladie, les groupes de vésicules s'étaient développés successivement. Quelque soin qu'on prît d'éviter le déchirement de celles-ci, on ne put l'éviter. Il en résulta des douleurs assez vives ; et, dans la vue de prévenir ou de calmer ces douleurs, le pansement du mal, qui était bien simple, durait des temps infinis. Or, il arriva que cette femme de chambre finit elle-même par être prise comme sa maîtresse, et me présenta, à peu près vers la même région, un zona parfaitement caractérisé. Nous l'avouons, en présence de ce fait, les expériences dont nous parlions tout à l'heure nous revinrent en l'esprit, et nous commençâmes à supposer qu'il pouvait bien y avoir autre chose qu'un simple rapport de coïncidence. Mais en ceci nous manquions de logique ; il n'y avait là rien de plus qu'une coïncidence fortuite. Une plus longue expérience médicale nous l'a amplement démontré ; car, depuis cette époque, nous avons observé un assez bon nombre de cas de zona, soit dans les hôpitaux, soit dans notre clientèle particulière, et jamais nous n'avons rien vu qui, dans cette maladie, ressemblât à la contagion.

Cette question de contagion, aujourd'hui nettement résolue dans le sens négatif, ne se serait même jamais présentée à l'esprit des médecins, s'il était vrai, comme on vient d'essayer de l'établir, que le zona ne fût autre chose qu'une névralgie, avec cette circonstance spéciale, qu'elle amène le développement des vésicules sur les points

où ce trouble de l'innervation locale existe à son maximum d'intensité. Quelques efforts qu'on fasse pour démontrer la réalité de ce rapport peu soupçonné, quoi qu'on dise, nous doutons qu'ils aboutissent jamais à autre chose qu'à montrer une fois de plus qu'on peut embrouiller toutes les questions, sous prétexte de les éclairer, de les approfondir. S'il y avait un lieu pathologique entre le trouble de l'innervation appelée névralgie et le développement des vésicules qui constituent essentiellement le zona, pourquoi cette filiation de phénomènes s'observerait-elle là seulement où le zona se rencontre, et jamais ailleurs ? Pourquoi le tic douloureux de la face, la sciatique, la névralgie lombaire, etc., n'amènent-elles jamais le développement de cette concomitance si singulière? Pourquoi la névralgie intercostale bien nette, bien tranchée, et qui n'est pas une simple douleur rhumatoïde diffuse des muscles thoraciques, ne se présente-t-elle jamais elle-même sous cette forme si remarquable? Cette conception, au reste, n'est pas nouvelle.

J. Franck lui-même, quoiqu'il ait parfaitement décrit la maladie et qu'il en ait bien marqué le caractère, se laisse entraîner à cette vue chimérique : « Il nous paraît aussi vraisemblable, dit-il, que le genre nerveux joue un grand rôle dans cette affection, qui se comporte comme l'hémiplégie [1]. » Mais en voilà assez sur ce point, passons à quelque chose de plus pratique, au traitement de la maladie, où l'expérience nous a montré l'efficacité d'un moyen topique fort simple, et que nous allons indiquer.

Les médecins qui ont le plus d'autorité en matière de thérapeutique appliquée aux maladies (cutanées) s'accordent à proscrire de cette thérapeutique les applications topiques liquides ou semi-liquides, telles que les lotions, les embrocations, les cataplasmes, etc., au moins dans les premiers jours de la maladie ; et leur but en cela est surtout de prévenir les ulcérations que semblent favoriser ces applications, et qui, comme on le sait, sont souvent la source de douleurs aussi vives qu'opiniâtres. Nous partageons complétement cette manière de voir, en tant au moins qu'il s'agit des topiques que nous venons d'indiquer; mais notre proscription n'est pas aussi absolue : nous pensons, et cette opinion repose sur des faits, nous pensons que les topiques pulvérulents, et surtout un topique pulvérulent, sont d'une application utile, nécessaire même dans ce traumatisme cutané.

Et de fait, il est presque impossible de livrer la partie de la peau qui est le siége d'un zona à tous les résultats du mouvement, du

---

[1] **Pathologie interne, t. XI, p. 224.**

frottement des vêtements sur la peau enflammée. Quiconque a observé le zona avec quelque attention comprendra de suite le sens de cette remarque. Tant que la peau n'est qu'irritée, qu'elle ne présente que ces plaques rouges sur lesquelles pousseront plus tard les vésicules, on peut rigoureusement se contenter de préserver les parties malades du danger des frottements par la simple application d'une bande de linge, avec ou sans le cataplasme de ouate; mais quand les vésicules commencent une fois à se former sur un point, cela n'est plus possible. Qui ne le comprend de reste? Alors même que les malades garderaient le repos le plus absolu, ils ne sauraient éviter le déchirement des vésicules. Or, quel doit être nécessairement le résultat de ce déchirement? Celui-ci évidemment, d'amener l'adhésion de la ceinture protectrice avec le tissu enflammé. Quelque soin que l'on prenne, il faudra opérer le décollement de l'appareil avec la peau malade; et c'est là surtout l'origine d'exulcérations douloureuses, et peut-être de cette hypéresthésie de la peau qui persiste dans quelques cas avec tant d'opiniâtreté.

Comme tout le monde, nous avons essayé de diverses poudres, la farine ordinaire, la farine de riz, la poudre d'oxyde de zinc, de camphre, et si nous en exceptons cette dernière, qui calme dans quelques cas d'une manière non douteuse, nous n'avons obtenu que des résultats fort problématiques de l'emploi de ces divers topiques. Il y a plus, nous sommes convaincu que plus d'une fois ces moyens ont augmenté les douleurs, et prolongé la durée des exulcérations du derme. En étudiant de près le mode d'action de ces topiques, il nous a semblé qu'une des raisons qui en rendaient l'influence nuisible, c'est que ces substances pulvérulentes se pelotonnent, s'amassent en grumeaux qui, pressant inégalement la surface du derme enflammé, entretiennent, s'ils n'augmentent, cette inflammation. La fécule de pomme de terre pure nous paraît au contraire, dans cette maladie, présenter tous les avantages du cataplasme pulvérulent, sans en avoir les inconvénients, du moins lorsqu'il est appliqué ainsi que nous allons le dire. Le malade étant couché, les points de la zone sur lesquels sont disséminés les îlots d'herpès sont saupoudrés de cette fécule; la zone tout entière est ensuite recouverte d'une bande de taffetas gommé; par-dessus cette bande on place un cataplasme de ouate de coton cardé, qu'on maintient à l'aide d'un bandage convenable. Cet appareil simple se garde pendant la nuit : l'immobilité du malade en assure alors complétement l'effet. Nous ne prétendons pas qu'à l'aide de ce moyen on fasse disparaître absolument la douleur, mais nous affirmons qu'on la tempère

d'une manière notable, et qu'on la rend fort supportable aux malades les plus impatients. Maintenant, quand le lendemain on enlève cet appareil, voici l'état dans lequel on trouve les choses. La pression légère et uniforme exercée sur la couche de fécule qui a été étendue sur la zone herpétique a parfaitement appliqué cette couche pulvérulente sur le derme malade : telle est cette application, qu'on peut enlever cette couche par fragments assez grands. Là où il y avait un groupe aggloméré de vésicules déchirées, et où par conséquent existait un suintement assez abondant, la fécule est plus fortement appliquée qu'ailleurs, elle semble faire corps avec le derme, et faire l'office d'un surtout épidermique artificiel; ce suintement est tari, ou au moins il ne se reproduit que dans des proportions insignifiantes. Nous avons dit que l'immobilité du malade favorise l'action du moyen simple que nous proposons en ce moment, et cela se comprend ; mais cette immobilité on ne l'obtient pas absolue, et les mouvements auxquels se livrent les malades rendent nécessaire un pansement quotidien. Quand celui-ci est renouvelé, là où la couche pulvérulente est convenablement appliquée, il n'est pas besoin de l'enlever, à moins qu'elle ne soit imbibée d'une trop grande quantité de liquide, ce qui doit arriver fort rarement ; mais là où cette couche manque, il faut combler ces lacunes en saupoudrant de nouveau les points dénudés, pourrions-nous presque dire. En continuant ce pansement tant que l'aspect du mal le commande, on conduit le malade, nous pouvons l'assurer, à une guérison sûre.

Une question importante à résoudre, dans ce cas, serait celle-ci : le zona guérit-il plus vite par ce moyen que par les moyens ordinairement mis en usage? Les quelques faits que nous avons observés ne nous permettent pas de répondre catégoriquement à cette question. Ce que nous savons seulement, c'est qu'il nous a paru évident que cette méthode rend la maladie beaucoup moins douloureuse ; et dans aucun des cas où nous y avons eu recours, nous n'avons vu survivre au mal cette hypéresthésie si vive et si opiniâtre dont on a, dans ces derniers temps, essayé de faire une variété de la névralgie intercostale, ou autre.

Maintenant, comment en pareil cas agit la fécule de pomme de terre? Bien que cette question soit moins importante que la question d'efficacité, nous ne pouvons nous empêcher cependant de risquer une explication sur ce point. Dans notre opinion, le mode de pansement que nous venons d'exposer sommairement réalise, autant que peut le permettre une telle localisation morbide, les avantages de la méthode de pansement dite par occlusion. En adhérant

molécule à molécule, si nous pouvons ainsi dire, avec les tissus vivants avec lesquels elle est en contact, la fécule protége ceux-ci contre le contact de l'air, amoindrit l'action irritante des produits de sécrétion versés par les vésicules rompues, et prévient en partie au moins tout le danger du frottement. Ne sont-ce point là les avantages réels de la méthode que nous venons de rappeler, quand on l'applique à certaines maladies oculaires? et en tenant compte de la différence des localisations morbides, ne semble-t-il pas que les choses se passent ici d'une manière analogue? Outre cette action topique, la fécule exercerait-elle sur les tissus vivants, modifiés dans leur vitalité par l'action pathologique qui se passe dans l'intimité de leur trame, une influence dynamique? C'est là une question qui très-probablement doit être résolue d'une manière négative. Bien qu'appartenant à la famille des solanées, il est difficile d'admettre, en présence des faits observés tous les jours, surtout en présence de ce grand fait, que la fécule contenue dans la pomme de terre est entrée dans l'alimentation de tous les peuples; il est difficile d'admettre que cette fécule renferme quelque principe modificateur de la vie, analogue à celui qui se rencontre dans la plupart des plantes de l'ordre auquel elle appartient. Aussi bien cette question ne nous intéresse-t-elle que secondairement et pouvons-nous la passer sous silence. M. S.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la rupture de l'ankylose de la hanche.

Suite et fin ([1]).

Si la question historique que nous avons examinée jette quelque jour sur les phases par lesquelles a passé jusqu'à présent la rupture de l'ankylose de la hanche, et si elle permet de se faire une idée des résultats que l'on peut en attendre, elle est insuffisante pour faire juger des principes d'après lesquels elle doit être conduite et des précautions qui en assurent le succès. Pour combler cette lacune, nous citerons un extrait du Mémoire lu par M. Bonnet dans les séances du 16 octobre et du 20 novembre 1854, de la Société de médecine de Lyon.

Dans ce mémoire, l'auteur, après avoir établi que l'ankylose de la cuisse est toujours accompagnée de la flexion du membre, mais

([1]) Voir la livraison du 30 juillet, p. 109.

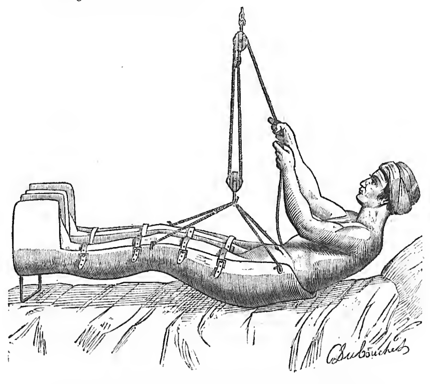
que tantôt elle est avec raccourcissement, tantôt avec allongement, discute la question de la rupture dans ces deux conditions.

Rupture de l'ankylose de la hanche par des mouvements de va-et-vient imprimés au fémur et suivis d'inclinaisons en divers sens pendant que le bassin est solidement fixé. — « Les difficultés, dit M. Bonnet, que m'avait fait éprouver le redressement de plusieurs ankyloses de la hanche, m'avaient conduit à un véritable découragement en ce qui regarde celles qui s'accompagnent de luxation et d'absence de toute mobilité, lorsque, au mois d'octobre de l'année 1853, de retour d'un voyage qui avait duré plus de trois mois, je trouvai dans une maison de santé une enfant de sept ans que j'avais traitée deux ans auparavant d'une maladie de la hanche. Elle avait été guérie pendant un peu plus d'une année; mais sa coxalgie s'était reproduite, et la cuisse s'était ankylosée. Le raccourcissement était de 19 centimètres et entraînait l'impossibilité absolue de la marche sans béquilles. Un examen attentif me fit reconnaître qu'il n'existait aucun mouvement dans la hanche et je présumais qu'il y avait de plus luxation sur l'os des iles. Je fis dire aux parents que je ne pouvais rien faire pour la guérison de leur enfant, et je les engageai à venir la chercher. Le père, se rappelant le résultat obtenu huit mois auparavant, m'adressa les plus vives instances. A un second refus de ma part, il répondit par l'expression du désir le plus ferme de tentatives qu'il laissait, du reste, à ma discrétion. Il ne voulait pas reprendre, disait-il, sa fille aussi gravement estropiée, et il était décidé à la laisser jusqu'à ce que des efforts énergiques eussent démontré qu'il demandait l'impossible. Vaincu par une obstination qui dépassait la mienne, je réfléchis sur les modifications que je devais faire subir à mes procédés habituels. Je pensai d'abord à ne plus confier à des aides le soin de fixer le bassin, mais d'assujettir cette partie si étrangement mobile par une sorte de double étau, pressant latéralement sur les deux os des iles et en avant sur les deux épines iliaques.

« La fixité du bassin assurée, l'on n'était pas à l'abri de toute crainte de rompre le fémur; en essayant de le fléchir ou de le porter violemment en dehors, on pouvait le fracturer, si sa tête était intimement soudée avec l'os des iles. Pour éviter ce danger, je songeai à imprimer à la cuisse un mouvement de va-et-vient dans le sens de son axe. J'étais convaincu que je romprais ainsi les adhérences sans m'exposer à une fracture, et j'étais confirmé dans l'espérance de détacher ainsi le fémur, par cette considération que la cavité cotyloïde est ulcérée en haut et en arrière dans des cas semblables à

celui que j'avais en vue, et que la tête du fémur plus ou moins remontée peut descendre de 1 ou de 2 centimètres, sans sortir de l'acétabulum.

« Ces préliminaires achevés, on pouvait terminer comme dans les opérations décrites dans mon Traité de thérapeutique des maladies articulaires, c'est-à-dire faire mouvoir le fémur en divers sens, le ramener dans sa direction normale et le fixer au moyen d'un bandage cartonné et amidonné.



« L'événement répondit parfaitement à mon attente. L'étau fixa très-solidement le bassin, et, après quatre ou cinq minutes d'efforts faits en attirant et repoussant le fémur dans la direction vicieuse où il était placé, je commençai à entendre un léger craquement, indice de la friction des surfaces articulaires les unes contre les autres. Ces craquements devinrent peu à peu plus perceptibles, et, après une dizaine de minutes, les adhérences étaient complétement rompues; je pouvais par de nouveaux efforts rendre à la cuisse sa direction normale, et faire disparaître 16 à 17 centimètres de raccourcissement.

« Le traitement complémentaire fut dirigé avec beaucoup de soin. Pendant trois semaines environ, la petite malade séjourna immobile dans la grande gouttière double, des tractions étant exercées en même temps sur le côté malade. Dans les quatrième, cinquième et sixième semaines, on fit exécuter des mouvements artificiels décrits dans mon Traité de thérapeutique des maladies articulaires, sans que la malade sortît de l'appareil. Au bout de ce temps, on passa à des essais de marche avec des béquilles. Vers la neuvième semaine, on ajouta à ces moyens l'usage d'un tuteur double, s'étendant du bassin aux deux chaussures et empêchant les membres de se renverser en dedans ou en dehors. A l'aide de cet appareil, la malade put s'exercer graduellement, et à la fin du troisième mois, elle pouvait marcher sans béquilles et sans canne, avec une très-médiocre claudication.

« Encouragé par ce fait, j'ai plusieurs fois employé les modifications que je viens de décrire, et qui ont pour caractère essentiel la fixation du bassin au moyen d'un étau particulier (1), et les mouvements de va-et-vient imprimés au fémur avant de passer à la flexion. Les résultats m'ont paru démontrer qu'on ne devait point négliger ces modifications, et qu'il est bon, surtout chez les adultes, de les combiner avec toutes les autres précautions déjà décrites. Voici de quelle manière je procède :

« Tous les préparatifs nécessaires étant faits, le malade est éthérisé, et le bassin solidement fixé.

« L'opérateur saisit alors la partie inférieure de la cuisse, le genou étant fléchi, et, faisant usage de toutes ses forces, il attire et repousse alternativement le fémur dans la direction où il le trouve placé. Le temps nécessaire pour que des craquements se fassent entendre et qu'un mouvement distinct soit obtenu varie suivant la solidité des adhérences et suivant l'âge des malades. Jamais il ne m'a fallu moins de quatre à cinq minutes pour obtenir un commencement de mobilité ; et dans un cas (la malade avait vingt-sept ans, et l'ankylose avait commencé dix ans auparavant), il a fallu les efforts successifs de trois personnes, pendant près d'un quart d'heure, pour qu'une mobilité évidente ait été obtenue. Lorsque, par la répétition de cette espèce de mouvement de lime, dans lequel le fémur frotte contre le fond de la cavité cotyloïde, on a obtenu une rupture étendue des adhérences, on achève de les détruire par la flexion forcée de la cuisse

---

(1) On trouve cet appareil, ainsi que tous ceux qui sont décrits dans ce Mémoire, chez M. Blanc, mécanicien-orthopédiste, place de l'Hôpital, 30, à Lyon

sur le bassin, puis par des mouvements de circumduction, d'abord très-bornés, ensuite de plus en plus étendus. Ce premier temps accompli, on étend la cuisse et l'on fait des efforts pour la porter dans l'abduction avec rotation en dehors et lui rendre une longueur égale à celle du côté opposé.

« Si l'on a affaire à des enfants et que l'ankylose ne soit ni ancienne, ni solide, on peut, par ces seuls efforts, faire disparaître la plus grande partie du raccourcissement, le réduire, par exemple, à 2 ou 3 centimètres. Dans des conditions contraires, la résistance des muscles s'oppose à l'extension et à l'abduction. Il devient alors nécessaire de faire la section sous-cutanée des muscles rétractés. J'ai pratiqué plus de dix fois ces sections avec la plus parfaite innocuité. On trouvera tous les détails qui se rapportent à leur exécution dans mon Traité de thérapeutique des maladies articulaires. Quant au traitement consécutif, nous l'avons décrit en citant l'observation détaillée qui précède : il nous suffira d'ajouter qu'immédiatement après l'opération, on peut remplacer le gouttière double par le bandage amidonné de M. Seutin, surtout si l'on applique immédiatement sur le bandage des attelles en fil de fer mou, qui donnent immédiatement à l'appareil la rigidité nécessaire. Il est à noter, toutefois, que ce bandage une fois fendu n'a plus qu'une utilité très-médiocre, et qu'à l'époque où l'on s'occupe de rétablir les mouvements, il est plus que jamais inférieur à la grande gouttière, qui se prête si bien aux alternatives de repos et de déplacement.

« Le tuteur double qui embrasse le bassin et règne sur le côté externe des deux membres inférieurs a le grand avantage d'empêcher le retour du membre à l'adduction, qui est la cause principale du raccourcissement.

Rupture de l'ankylose lorsque le membre est allongé. — « Ainsi que le savent tous ceux qui sont au courant de la science, l'allongement est l'effet de la permanence de la cuisse dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors. Si l'on veut rompre les adhérences du fémur placé dans cette direction, la fixité du bassin est aussi nécessaire que dans le cas de raccourcissement ; mais le frottement des surfaces articulaires par l'effet du mouvement de va-et-vient dans la direction de l'axe du fémur est moins important, la tête de l'os qui appuie contre la partie interne et supérieure de la cavité cotyloïde n'ayant à parcourir qu'un champ très-borné. Ce mouvement, lorsqu'il a été exécuté avec l'énergie et la persistance nécessaires, facilite toutefois les manœuvres ultérieures. Ces dernières consistent dans la flexion forcée de la cuisse sur le bassin, suivie de mouve-

ments de circumduction de plus en plus étendus, et on achève en faisant des efforts pour détruire l'abduction qui est la cause principale de l'allongement. Souvent on éprouve une grande difficulté à ramener la cuisse dans une direction parallèle à l'axe du corps. C'est dans des cas de ce genre que j'ai décrit et pratiqué la section des abducteurs, ainsi que j'en ai cité des exemples dans mon Mémoire sur la rupture de l'ankylose; mais la crainte de dépasser le but m'empêche de recommander cette opération. »

M. Bérend, en rappelant une partie de ce que M. Bonnet a écrit sur le redressement de la cuisse dans le cas d'allongement, exprime le regret que ce dernier n'ait pas cité des faits détaillés. Nous nous bornerons à faire remarquer qu'indépendamment des observations dont il s'est borné à indiquer les résultats généraux, il en est deux qu'il a rapportées avec détail. L'une est celle d'un enfant âgé de onze ans, nommé Paul Millet, et dont l'observation se trouve à la page 463 de son Traité de thérapeutique des maladies articulaires; et celle de Mlle J., que l'on trouve dans la Gazette médicale de Lyon, année 1854, p. 339. Chez ces malades on a obtenu, sous le rapport de la direction, des améliorations très-notables, qu'on peut estimer aux quatre cinquièmes de la difformité, mais non des disparitions complètes de tout allongement.

Je me borne à indiquer ces observations et à en signaler les conclusions générales. En les rapprochant de celles que nous avons analysées, à propos des ankyloses avec raccourcissement, on peut juger des cas où l'extension brusque permet d'obtenir un redressement vraiment utile, et ceux où les avantages de ce redressement sont neutralisés par les conditions défavorables où se trouvent les malades. Comme il importe de bien fixer les principes sur lesquels doit être fondée la méthode que nous essayons de faire connaître, nous terminerons en citant les dernières pages du Mémoire de M. Bonnet à la Société de médecine de Lyon.

« Les résultats heureux que nous avons obtenus de la rupture de l'ankylose de la hanche dans les cas qui l'admettent ne sont pas, comme on pourrait le croire, la conséquence d'une certaine hardiesse à ébranler le fémur et d'un choix heureux dans les moyens contentifs. Les procédés jusqu'à présent décrits constitueront dans leur ensemble une méthode rigoureusement déduite d'une étude approfondie des maladies de la hanche, démontrée jusqu'à présent par de simples observations cliniques; les résultats de ces études reçoivent une preuve irrécusable de l'utilité des traitements dont ils ont suggéré l'idée. J'ai exposé mes opinions à cet égard dans de nombreux

ouvrages, et, en particulier, dans mon Traité des articulations; mais il me paraît utile de les mettre ici en regard des théories généralement reçues, et d'en montrer la supériorité par la justesse des conclusions pratiques auxquelles elles conduisent.

« Dans les idées classiques sur les maladies de la hanche, il y a, au point de vue de la difformité, deux sortes de coxalgies : celles qui sont avec allongement du membre inférieur, et celles qui s'accompagnent de raccourcissement. L'allongement est dû à la répulsion de la tête du fémur, qui est éloignée du fond de la cavité cotyloïde par des liquides ou des fongosités; et le raccourcissement à la luxation de la tête du fémur, qui, arrivée en dehors de l'acétabulum, n'est plus soutenue et cède à la contraction des muscles, qui l'attirent en haut et en arrière. L'allongement précède ainsi le raccourcissement, comme la répulsion de la tête du fémur en précède la luxation.

« Les conséquences pratiques de cette interprétation de la difformité ont été nulles pour la plupart des auteurs; les plus ingénieux en apparence ont conseillé de tirer sur le membre le plus court, qui est le membre sain quand il y a allongement, et le membre malade dans le cas contraire.

« Il y a, comme on le voit, un enchaînement assez logique entre l'interprétation des faits et les conclusions pratiques. Cependant l'expérience démontre que ces conclusions sont tout à fait stériles : nouvelle raison ajoutée à plusieurs autres que j'ai longuement développées ailleurs, pour démontrer que tout ce système n'est qu'une conception purement théorique. Son apparente vérité l'a fait accueillir, mais une observation sérieuse le démolit de fond en comble.

« On pourrait supposer, il est vrai, que les tractions sur le côté le plus court, impuissantes elles seules à rétablir l'égalité de longueur entre les membres, réussiraient mieux si elles étaient précédées de la rupture des adhérences; en d'autres termes, que si elles ne réussissent point, c'est que la persistance de l'ankylose s'oppose à leur effet. Je conçois que cette opinion puisse être soutenue pour les cas de raccourcissement; mais quand le membre est allongé, que la tête du fémur s'éloigne, suivant les auteurs, du fond de la cavité cotyloïde, quelle raison et quelle utilité pourrait avoir la rupture des adhérences?

« Les principes qui m'ont servi de guide dans la rupture des ankyloses de la hanche sont tout différents de ceux qui ont guidé jusqu'à présent les auteurs. J'établis que la colonne vertébrale et le bassin peuvent toujours être ramenés dans une parfaite rectitude; il n'y a aucune fixité dans leur déformation; tout se réduit à une

direction vicieuse du fémur, qui est devenue permanente. Constamment il y a flexion de la cuisse sur le bassin, et cette flexion s'unit tantôt à l'inclinaison en dedans, tantôt à l'inclinaison en dehors : s'il y a inclinaison en dedans, le membre est plus court ; s'il y a inclinaison en dehors, le membre est plus long. De sorte que l'allongement est l'effet de la flexion combinée avec l'abduction, et le raccourcissement de la flexion combinée avec l'adduction ; je ne parle pas ici des causes de raccourcissement réel dû à l'ulcération des os ou à des luxations spontanées.

« Ces observations bien établies, il ne s'agit plus, pour rétablir l'égalité de longueur des membres, que de faire cesser la flexion dans tous les cas, l'adduction quand il y a raccourcissement, l'abduction quand il y a allongement. S'il n'y a point d'ankylose, l'effort des mains et l'action de la grande gouttière, seules ou aidées de tractions convenables, suffisent pour atteindre le but. Mais si l'ankylose existe, il faut bien la rompre préalablement pour qu'il soit possible d'arriver à une direction convenable. Remarquez toutefois que cette rupture n'a pas pour but ici de favoriser un allongement qui n'est vraiment utile que lorsqu'il y a luxation spontanée ; elle a pour but de permettre l'extension du fémur sur le bassin, et son retour à une direction parallèle à l'axe du tronc. Qu'il y ait allongement ou raccourcissement, en d'autres termes, qu'il y ait dans ma manière de voir abduction ou adduction, la rupture est nécessaire pour faire cesser l'une ou l'autre de ces directions vicieuses.

« Dans la théorie nouvelle comme dans la théorie ancienne tout est donc aussi enchaîné : la conception théorique et les conclusions pratiques. Mais s'il y a de part et d'autre satisfaction de l'esprit, il y a, du côté des idées que je soutiens, conformité parfaite avec tous les détails de l'observation, et surtout, ce qui est le point essentiel, utilité incontestable des applications pratiques. »

Les faits cités dans le mémoire de M. Bérend viennent à l'appui de ces idées. L'auteur n'admet pas, il est vrai, que la flexion soit constante dans les cas d'allongement ; mais il reconnaît également que l'indication essentielle est de faire cesser alors l'abduction et la rotation en dehors. Ses opinions et les faits qu'il a cités viennent donc confirmer ceux que nous avons résumés dans ce travail, et l'on peut dire, sous ce rapport, qu'il existe dans la science un ensemble d'idées et d'observations parfaitement coordonnées entre elles, et qui permettent tout à la fois de systématiser les principes du redressement de la hanche, d'en régler les procédés et d'en faire prévoir les résultats.

Note sur un nouvel appareil à fractures pour le membre inférieur.

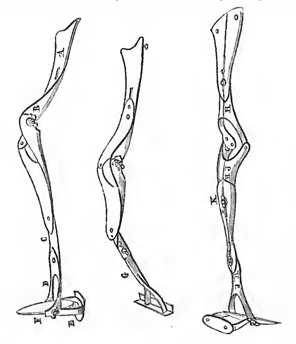
Tel est le nombre des appareils à fractures qui ont été proposés depuis et compris Hippocrate, que les praticiens sont peu disposés à accorder une grande attention à des appareils qui pour la plupart n'atteignent guère le but que l'on se propose, ou que leurs auteurs seuls ont mis en usage. Les appareils inamovibles ou amovo-inamovibles ont fait une si grande révolution dans cette partie de la science, qu'il n'est pas surprenant qu'ils aient fait à peu près oublier tous les autres appareils. Il n'est pas douteux cependant qu'il est des circonstances où ces derniers appareils ne sont guère applicables qu'avec de grandes difficultés; leur application suppose d'ailleurs pour première condition une réduction parfaite que l'on peut maintenir telle pendant un certain temps: or, c'est précisément une chose fort difficile à obtenir pour certaines fractures, et principalement pour certaines fractures du membre inférieur.

L'appareil de M. Winchester que nous faisons connaître aujourd'hui, et qui n'est qu'une modification de la gouttière-attelle de Liston, nous paraît réaliser un progrès incontestable, et comme tel, de nature à contenir des fractures qui ne pourraient guère être contenues d'une autre manière, en fournissant au membre malade une gouttière moulée sur le membre sain, ajustée aux courbures naturelles de l'os fracturé, bref quelque chose qui s'éloigne absolument de toutes les gouttières et attelles généralement employées, dont la courbure est constamment la même pour tous les individus.

Cet appareil que nous avons fait représenter dans les trois gravures ci-contre, où il est vu successivement de côté, par devant et par derrière, se compose de cinq pièces : A la cuisse, B le genou, C la jambe, D la pièce du pied, E la bascule, F la crémaillère qui a pour but de régler l'angle de la pièce qui supporte le pied, G le support pour le repos du membre, HHH les points ou indices de FFF, la ligne centrale, K les écrous pour régler la longueur et l'ajustement.

Voici maintenant de quelle manière se fait l'application de cet appareil. On commence par l'appliquer sur le membre sain, et après qu'on a fixé le genou et la pièce du pied à l'angle voulu, on règle sa longueur et on l'ajuste à la courbe naturelle du membre, en imprimant à l'appareil le mouvement latéral nécessaire, de sorte que le membre puisse dans toute sa longueur reposer exactement au centre de la gouttière. Après l'avoir fixé dans cette position au moyen des écrous qui sont placés au-dessous, on détache l'appareil du membre et l'on marque la déviation des indices par rapport à la

ligne centrale ; relâchant alors un peu les écrous, on les tourne vers les points identiques du côté opposé, de manière à obtenir une courbe naturelle pour le membre fracturé ; si l'on aime mieux, et cela est plus en rapport avec la méthode de procéder ordinaire, on peut régler la longueur en la mesurant, et imprimer le mouvement de latéralité nécessaire pour obtenir une coaptation parfaite.



Appliqué dans les salles d'un chirurgien anglais très-distingué, M. Morgan, cet appareil, qui n'est autre qu'une double gouttière inclinée et brisée pour une coaptation exacte, a donné des résultats vraiment remarquables, au sujet desquels nous croyons devoir laisser parler ce chirurgien lui-même. L'appareil de M. Winchester, dit M. Morgan, a été appliqué par moi dans cinq cas de fracture, quatre de fracture du tibia et une de fracture de l'extrémité inférieure du fémur, pénétrant jusque dans l'articulation. Les fractures du tibia étaient toutes obliques, et trois d'entre elles offraient une très-grande tendance au déplacement, jusqu'au moment où elles furent placées dans l'appareil et ne donnèrent plus dès lors d'inquiétude. Le dernier cas dans lequel j'en ai fait l'application servira à montrer les avantages du principe établi par M. Winchester dans la construction

de cet appareil. C'était un soldat des dragons qui s'était fracturé le tibia obliquement au tiers inférieur. Le membre avait été placé dans une bonne position sur une attelle de Macintyre. Lorsque je revis le malade deux heures après, l'os était déplacé, le fragment inférieur était entraîné en haut et en dedans; c'était donc un cas favorable pour essayer l'appareil de M. Winchester. En l'appliquant sur le membre sain, on s'aperçut qu'il fallait imprimer une inclinaison considérable en dedans à la brisure inférieure de l'appareil pour donner à la jambe la courbure naturelle. Une inclinaison égale, mais en sens inverse, fut donnée alors à l'appareil, de manière à faciliter l'adaptation au membre fracturé; plaçant alors la jambe dans l'appareil et mettant les os fracturés en opposition, ils restèrent en place; il ne fut plus nécessaire d'y toucher jusqu'au moment où la consolidation du membre fut complète, au bout de quatre semaines. On put alors s'assurer qu'il n'offrait pas la moindre irrégularité dans la forme ou dans la longueur, et pendant tout le temps qu'il fut dans l'appareil, cet homme put changer souvent et facilement de position, grâce à ce support mobile, placé à la partie inférieure de la gouttière, qui paraît répondre mieux au but qu'on se propose que les appareils de suspension généralement employés jusqu'ici.

Que pourrions-nous ajouter à ce témoignage désintéressé d'un chirurgien distingué comme M. Morgan? Fournir à un membre fracturé un plan exactement moulé sur les courbures de l'état normal nous semble une idée aussi juste qu'ingénieuse, et théoriquement, il nous paraît même qu'on pourrait peut-être faire servir ces gouttières-attelles à l'application des appareils inamovibles. Nous nous demandons cependant si au lit du malade, l'ajustement de l'appareil qu'il faut transporter d'un membre à l'autre ne souffre pas quelque difficulté, et si cet appareil ne restera pas par conséquent un appareil un peu trop compliqué pour entrer dans la pratique de tous les jours.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la rhubarbe.

Par le docteur Schroff, à Vienne.

La rhubarbe a été étudiée par un grand nombre de chimistes, et cependant sa composition n'est pas encore bien connue. L'action que plusieurs des principes qu'elle contient exercent les uns sur les

autres, la difficulté de les séparer et les changements qui se manifestent dans leur composition, les altérations qui se produisent dans les divers traitements que l'on est forcé d'employer, sont autant de causes qui augmentent les difficultés. — Les travaux de Schlozsberger et Dopping ont ajouté à nos connaissances, sans nous satisfaire encore entièrement. Les substances essentielles séparées dans l'analyse de ces chimistes sont l'acide chrysophanique, l'érythorétine et deux substances résineuses.

L'acide chrysophanique est le même que celui que l'on extrait du lichen des murailles (*Parmelia parietina*). Il se présente sous la forme d'aiguilles groupées en étoile, d'un jaune d'or avec reflet métallique. Il est presque insoluble dans l'eau froide, se dissout bien dans l'alcool, surtout à chaud, et dans l'éther. Il est extrêmement soluble dans les álcalis. C'est cet acide qui, dans un état d'impureté, a été désigné sous les noms de rhabarbarin, acide rhabarbarique, rhoumine, érythérétine; c'est une matière colorante qui se rapproche beaucoup des résines par ses propriétés. Elle est jaune, brûle en répandant une vapeur jaune; sa saveur est à peine sensible; l'eau l'attaque à peine; l'alcool à 75° en dissout peu; elle est plus soluble dans l'alcool absolu. L'éther est son véritable dissolvant; elle elle est aussi très-soluble dans les alcalis, avec lesquels elle donne une solution pourpre magnifique.

A petite dose, la rhubarbe a une action tonique, que l'on doit attribuer aux acides gallique et tannique. A dose plus forte, elle purge, sans que l'on sache bien à quel principe spécial on doit rapporter cet effet. Il était curieux de voir si l'acide chrysophanique qui se trouve dans toutes les matières extraites de la rhubarbe, sous différents noms, ne serait pas l'agent purgatif. M. Schroff a en conséquence institué des expériences sur ses élèves avec cet acide, avec la rhabarbarine, avec la rhubarbe de Chine et diverses variétés de rhubarbe.

L'acide chrysophanique, l'érythrorétine, la rhabarbarine de Steuves et la rhubarbe de Moscovie ont purgé; mais le temps qui s'est écoulé entre le moment de l'ingestion et le début de la purgation n'a pas été le même : avec l'acide chrysophanique, la première selle a eu lieu après vingt-quatre heures; avec l'érythrorétine, après dix-neuf heures; avec la rhubarbe, après douze heures. D'un autre côté, l'intensité et la durée de l'action étaient en raison directe de la pureté et de la simplicité du produit. L'action de l'acide chrysophanique se prolongea jusqu'à la fin du cinquième jour, et détermina en tout douze selles; celle de l'érythorétine dura trois jours, et amena

trois à cinq évacuations ; celle de la rhubarbe se résume de deux à trois selles en vingt-quatre heures. L'acide chrysophanique, l'érythorétine et la rhabarbarine furent donnés à la dose de 50 centigrammes et la rhubarbe à 2 grammes.

L'acide chrysophanique est renfermé à l'état liquide dans les cellules formant les vernis rouges de la rhubabe, ou qui sont disséminées dans le tissu parenchymateux du noyau de la racine ; or, il est fort peu soluble par lui-même, il ne le devient qu'à la faveur des humeurs alcalines de l'intestin ; tandis que dans la rhubarbe, l'acide est dissous par les autres principes de la racine, il peut être absorbé plus rapidement. Or, l'acide ne purge qu'après avoir été absorbé ; on en décèle toujours la présence dans l'urine bien avant qu'il n'ait commencé à produire des selles.

Les expériences entreprises avec différentes espèces de rhubarbe ont maintenu la supériorité accordée à la rhubarbe de la Chine. On administrait 2 grammes de la poudre des diverses rhubarbes. La rhubarbe de Moravie, provenant du *rheum compactum*, et la rhubarbe de Hongrie provenant du *rheum rhaponticum* se sont plus rapprochées de la rhubarbe de la Chine, mais sont moins actives. La rhubarbe cultivée en Silésie et fournie par le *rheum Emodi*, et la rhubarbe cultivée en Styrie et fournie par le *rheum palmatum* ont moins purgé. Celle de Styrie a causé du malaise, des nausées et des douleurs d'estomac.

Malgré l'action purgative propre à l'acide chrysophanique pur, ce produit n'entrera pas dans la matière médicale, d'abord, parce qu'il est hors de prix, et surtout parce qu'il ne possède pas l'action en même temps purgative et tonique qui est le caractère spécial de la rhubarbe. Malgré leur odeur et leur saveur désagréables, c'est à la rhubarbe et à ses préparations ordinaires que l'on continuera probablement encore longtemps à s'adresser.

De la présence du sel de cuisine (chlorure de sodium) dans le cresson de fontaine : observation chimique.

Pour qu'une plante se développe, il faut qu'elle trouve dans le milieu où elle végète les éléments qui sont indispensables à sa composition chimique et physique ; ces éléments sont les gaz et les sels dissous dans l'eau.

Mais il arrive souvent qu'une plante absorbe des gaz et des sels qui ne lui sont d'aucune utilité, elle ne se les assimile que parce qu'ils se trouvent fortuitement en dissolution dans l'eau ou dans l'air qui l'entoure, et en contact direct avec ses organes d'absorption.

Les chimistes s'empressent de signaler les plantes qui jouissent de cette propriété, afin de les faire servir aux besoins de la médecine ou des arts ; c'est ainsi que la pariétaire est devenue un diurétique très-employé, et que la bourrache peut fournir au commerce une grande quantité d'azotate de potasse ; nous-même avons trouvé que la jusquiame contenait du sel de nitre, dans une proportion de huit pour cent de la feuille. Dès lors ne pourrait-on pas utiliser cette faculté qu'ont certains végétaux d'absorber les solutions salines, pour les minéraliser à ce point qu'ils deviendraient des agents thérapeutiques à bases connues ? Les essais que nous avons faits à ce sujet nous font espérer qu'un jour on réalisera notre pensée.

M. Chatin pense que le cresson de fontaine ne doit ses propriétés antiscorbutiques et sialagogues qu'à l'iode qu'il a découvert dans cette plante ; le chlorure de sodium, que nous signalons dans ce crucifère, n'ajouterait-il pas aussi une action fondante ? Nous laissons au thérapeutiste à trancher la question.

Le hasard nous a fait découvrir le sel de cuisine dans le cresson de fontaine ; nous l'avons trouvé tout formé en gros cristaux cubiques dans un extrait préparé avec le suc de cette plante.

Mais comme ce sel pouvait avoir été introduit accidentellement, nous avons dû le chercher dans la plante elle-même ; nous pouvons donc affirmer qu'il y existe, et qu'il le soustrait à l'élément dans lequel il vit. Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Un Mot encore sur l'entérotomie lombaire et iliaque.

Dans votre dernier numéro, en parlant du rapport remarquable fait à l'Académie de médecine par M. Robert, sur une opération d'anus artificiel pratiquée par M. Leprestre, suivant la méthode de Littre, vous avez bien voulu faire allusion à une observation du même genre que j'ai publiée dans la Gazette médicale, janvier 1856. Je vous demande la permission de revenir sur ces deux faits, de les analyser et de les comparer entre eux.

OBS. I. Le 20 août 1855, on présenta à l'Hôtel-Dieu de Caen un enfant de deux jours, atteint d'une imperforation complète de l'anus et en proie à de graves accidents. Comme il n'y avait aucune trace d'ouverture anale, que rien ne faisait soupçonner l'existence dans la région périnéale de l'intestin, distendu par le méconium, M. Leprestre, après avoir fait inutilement une incision dans cette région, recourut de suite à une ressource ultime, c'est-à-dire à l'établissement d'un anus contre nature. Il se décida pour la méthode de Littre.

Il fit, au-dessus de l'arcade crurale, à gauche, une incision d'environ 2 centimètres, ouvrit le péritoine, ce qui donna lieu à l'issue d'une notable quantité de sérosité citrine; l'ouverture fut agrandie, pendant que de la main gauche le chirurgien repoussait l'intestin grêle qui tendait à sortir ; puis l'indicateur fut à la recherche de l'S iliaque. L'intestin découvert, on l'approcha de l'incision, et on le maintint à l'aide d'un stylet recourbé en crochet ; une incision longitudinale faite à l'intestin livra issue à une grande quantité de méconium. Le stylet servit de conducteur à un fil ciré, à l'aide duquel on maintint en place l'anse intestinale divisée.

Immédiatement après l'opération, l'état général s'améliora notablement ; les matières intestinales s'écoulèrent facilement. Le troisième jour, on retira le fil. Dans l'espace de sept mois, aucun accident sérieux. Une fois on observa le renversement de la membrane muqueuse de l'intestin ; mais il céda à l'usage des lavements émollients. Les matières devinrent moulées, et ne coulèrent pas continuellement. A l'âge de quatorze mois, l'enfant succomba au choléra, alors épidémique.

Obs. II. Ce second fait est antérieur de près de dix mois à celui qui précède. C'est le 29 octobre 1852 que me fut amené un petit garçon, né depuis le 27, et qui n'avait pas d'anus. L'enfant repoussait le sein et vomissait. Il était froid, livide, excessivement faible. On découvrait quelques traces de méconium au méat urinaire. Le premier jet d'urine était légèrement coloré par le méconium ; l'urine coulait ensuite parfaitement limpide.

A la place de l'anus existait une saillie en crête, qui se continuait en avant avec le raphé périnéal. Le périnée était déprimé, les tubérosités sciatiques étaient plus rapprochées, le coccyx semblait situé plus haut qu'à l'état normal. Pas la moindre fluctuation, la moindre rénitence à la région ano-périnéale ; rien n'indiquait que l'intestin distendu se trouvât près de là.

Inférant de cette disposition du périnée que le rectum s'arrêtait à une certaine hauteur dans le bassin, je crus devoir opérer par la méthode de Littre, sans chercher, au préalable, l'intestin à la région anale.

Je fis à la partie inférieure gauche de la paroi abdominale, au-devant de la fosse iliaque, une incision de 3 centimètres et demi. Quand j'ouvris le péritoine, je vis s'écouler une petite quantité de sérosité. L'S du colon distendue se présenta d'elle-même dans l'incision, on l'attira au dehors; un double fil ciré passé avec une aiguille courbe derrière l'intestin, à travers le méso-colon, servit à fixer l'intestin dans la plaie. On ouvrit alors l'organe par une incision parallèle à celle de la paroi abdominale. Le méconium s'écoula en grande quantité. Le ventre alors s'affaissa, et l'enfant continuant de s'agiter, des anses d'intestin grêle s'échappèrent au-dessus du colon incisé. On réduisit l'intestin grêle ; mais, pour prévenir le retour du prolapsus et empêcher sûrement l'épanchement du méconium dans le péritoine, je ne vis d'autre moyen que la réunion par la suture à points séparés des bords de l'incision de l'intestin avec ceux de l'incision de la peau.

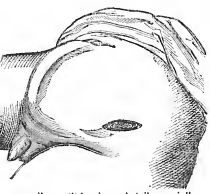
Cette opération fut simple et facile, et les suites en furent si heureuses, que, dès le huitième jour, l'enfant put être emmené dans sa famille. La défécation se fit toujours très-bien ; mais, dès le moment de l'opération, il se fit un renversement de l'intestin que j'ai décrit en ces termes : « Les bords de l'incision de l'intestin étant réunis à ceux de l'incision de la peau par la suture, la paroi postérieure de l'organe, poussée au dehors par les viscères flottants de l'abdo-

men, se présente sous forme d'une tumeur muqueuse, dont la saillie augmente et les plis s'effacent quand l'enfant fait des efforts. »

Six jours après l'opération, quand l'enfant fut emmené dans sa famille, l'anus artificiel formait une tumeur semi-ovoïde, ayant trois centimètres et demi d'étendue dans son plus grand diamètre, deux et demi de largeur, faisant, à sa partie moyenne, une saillie qui variait entre 6 et 12 millimètres, selon que l'enfant était calme, ou s'agitait, criait et faisait des efforts, et présentant, vers chacune des extrémités de son grand diamètre, un orifice pénétrant dans l'abdomen : c'étaient les deux bouts de l'intestin ; l'orifice situé du côté externe était celui par lequel se faisait la défécation.

Cette extroversion ne m'étonna pas ; je me l'explique de cette manière : après l'incision et la suture, le colon ouvert se trouve substitué, en ce point, à la paroi du ventre; on conçoit qu'il ne puisse résister à l'impulsion des viscères flottants, et que, sous leur poids, il se renverse en dehors, formant une vraie poche herniaire.

D'après ces idées, qui me paraissaient rationnelles, je sentis la nécessité de soutenir cette tumeur contre l'impulsion des viscères ; c'est ce que je fis en exerçant sur elle, tout de suite après l'opération, une compression modérée au moyen du bandage en spica.



La mère continua l'application du spica. L'extroversion que, dans les premiers jours, on se contentait de soutenir, put être entièrement réduite dès qu'on ne craignit plus d'exercer une pression un peu forte sur la tumeur.

Trois mois après l'opération, le petit enfant me fut ramené. La réduction de l'intestin extroversé se faisait alors très-facilement et sans que l'enfant parût en éprouver la plus légère douleur ; et l'intestin était contenu sans peine au moyen d'un petit bandage de toile muni d'une pelote et d'un sous-cuisse, que la mère avait construit d'après les indications que je lui avais données et qu'elle renouvelait chaque fois que l'appareil était sale.

J'ai revu mon petit opéré, âgé de dix mois ; il était alors très-bien portant, bien développé. La tumeur formée par l'extroversion était bien moins grosse proportionnellement et encore plus facilement réductible que dans les premiers mois de la vie. L'ouverture abdominale avait conservé ses premières dimensions à peu près; mais ses angles s'étaient arrondis, elle était devenue ovalaire ; le colon ne s'y engageait plus tout entier sous forme de cylindre renversé, mais s'y montrait alors sous l'aspect d'une ampoule à surface muqueuse ridée, sur laquelle se distinguaient les orifices des deux bouts. Le bandage de toile à pelote maintenait toujours très-bien l'extroversion ; mais celle-ci continuait de se reproduire à l'instant, dès qu'on enlevait l'appareil contentif.

Je me proposai de remplacer plus tard ce bandage par un brayer à ressort enveloppé de caoutchouc, dont la pelote serait surmontée d'une saillie ovoïde,

qui s'engagerait dans l'ouverture abdominale et servirait d'obturateur à l'anus. L'indication était ici claire et facile à remplir.

Au milieu de septembre, l'enfant, qui jusqu'alors avait joui d'une santé parfaite, fut atteint d'un choléra infantile, qui le fit périr en trois jours. Plusieurs enfants de huit mois à deux ans succombèrent en même temps à des accidents de la même nature, dans la petite commune de Fuveau, qui subissait évidemment une influence épidémique.

Ces deux faits se ressemblent sous certains rapports; sous d'autres rapports ils diffèrent l'un de l'autre.

Dans l'un et l'autre cas, l'opération n'a pas présenté de difficulté sérieuse; la guérison a été très-prompte, et les deux enfants sont morts d'une maladie qui n'avait aucun rapport de cause à effet avec l'opération.

Dans les deux cas, *il s'est fait*, pendant l'opération, un prolapsus de l'intestin grêle au-dessus du colon iliaque; mais cet accident n'a eu aucune importance dans le cas de M. Leprestre, tandis que chez mon petit opéré, sans la suture qui a réuni les bords de l'incision de l'intestin à la peau, une grande partie de l'intestin grêle aurait pu s'échapper de l'abdomen.

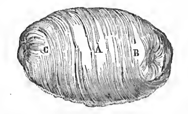
Enfin, l'anus établi, M. Leprestre n'a vu qu'une fois le renversement de la muqueuse de l'intestin, qui a cédé à l'usage des lavements émollients, tandis que dans mon observation, l'extroversion du côlon s'est produite au moment de l'opération, et a existé jusqu'à la mort. Cette extroversion m'avait même paru tellement inévitable, que je la crus une suite forcée de l'opération de Littre, et loin de la considérer comme un accident, je vis dans ce renversement de l'intestin une garantie contre le rétrécissement de l'anus artificiel.

Le fait de M. Leprestre prouve que l'extroversion n'est pas inévitable; mais nous sommes porté à penser qu'elle doit se produire souvent. Elle existait chez le petit opéré de Duret, qui décrivait ainsi l'anus artificiel : « Le sixième jour après l'opération, l'intestin, large « d'environ un pouce, paraissait livrer passage aux tuniques in- « ternes, ce qui donnait à la plaie l'aspect d'un œuf de poule. »

Peut-être penserez-vous que j'ai bien compris le mécanisme de l'extroversion dans ce cas. Si ce renversement est facile dans l'anus pratiqué suivant la méthode de Littre, il doit l'être bien moins dans l'anus lombaire, et cette différence tient à ce que les contractions des muscles abdominaux, qui poussent les viscères flottants contre la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen, tendent plutôt à les éloigner de la paroi postérieure; cependant, chez un enfant qui fut opéré, l'année passée, par M. Maisonneuve, par le

procédé d'Amussat, et que M. Larrey présenta à la société de chirurgie, séance du 7 février 1856, l'anus contre nature était devenu le siége d'une invagination très-étendue des deux bouts, d'où résultait la formation d'une tumeur saillante de la forme la plus bizarre. Retenus par une sorte de pédicule très-court au niveau de l'incision cutanée, les deux boudins invaginés divergeaient en sens contraire, et figuraient les deux branches horizontales d'un T, dont le pédicule en question représentait la branche verticale très-courte. A leur extrémité libre, ces boudins présentaient chacun un orifice; l'un de orifices, le supérieur, donnait passage aux matières fécales, et l'autre ces à des mucosités. Couchés sur la paroi abdominale, ces deux boudins réunis bout à bout atteignaient une longueur d'au moins 20 centimètres. Leur diamètre variait entre 2 et 4 centimètres, leur longueur variait aussi d'un moment à l'autre. Tous les deux étaient revêtus d'une muqueuse rouge, épaissie, tomenteuse, sillonnée par des plis et des rides. Ces deux cylindres intestinaux étaient le siége de quelques contractions musculaires simultanées ou alternatives. En général, quand le supérieur s'allongeait, l'inférieur se raccourcissait et s'épaississait, et réciproquement.

Voilà la description que donnait M. Larrey de cet anus artificiel; elle est bien claire et bien précise. Que l'on jette un coup d'œil sur la gravure que vous avez bien voulu emprunter à mon travail (*Bulletin de Thérapeut.*, t. LI, p. 118), et l'on verra que l'extroversion que présente le petit opéré de M. Maisonneuve ne diffère de celle que j'ai décrite qu'en ce que, chez mon opéré, la réduction de l'extroversion de la partie incisée du colon a empêché le prolapsus des deux bouts. La partie extroversée de l'intestin, chez ce dernier, est la branche verticale du T décrit chez l'opéré de M. Maisonneuve. Supposons qu'on eût laissé au dehors le côlon iliaque renversé, les deux bouts de l'intestin, s'invaginant par les orifices B et C de cette gravure, auraient très-probablement formé une tumeur semblable à celle du petit enfant présenté par M. Larrey à la Société de chirurgie.



M. Robert, dans la discussion à laquelle son rapport a donné lieu, en parlant du renversement de l'intestin comme d'un accident de l'anus artificiel que j'avais signalé, a dit qu'Amussat, qui avait déjà observé cet accident, avait imaginé, pour y remédier, un appareil

compressif qu'il ne pouvait décrire, mais qui ne sera peut-être pas perdu pour la science. Je suppose que c'est celui que vous avez fait représenter dans votre dernier numéro. Nul n'est plus disposé que moi à rendre hommage au génie chirurgical d'un confrère dont nous déplorons la perte prématurée; mais dans mon opinion, les appareils que j'ai employés, et celui que je me proposais d'employer plus tard si mon opéré eût vécu, me paraissent répondre très-bien au but que l'on se propose : empêcher le prolapsus et l'invagination de l'intestin. Goyrand, d'Aix, D.-M.

Engorgement du col de l'utérus, ulcérations. — Guérison par des applications de collodion.

Vous avez été des premiers à faire connaître les avantages que l'on peut retirer des applications de collodion sur le col de l'utérus dans le traitement des affections utérines (*Bull. de Thérap.*, tome XLIV, p. 34). Permettez-moi d'ajouter aujourd'hui un nouveau fait à ceux que M. Aran a rapportés à l'appui de cette pratique.

Mme A. M., âgée de vingt-huit ans, mère de trois enfants, avait joui d'une bonne santé jusqu'au commencement de 1853. A cette époque, elle éprouva des douleurs dans les lombes et à la partie supérieure des cuisses; elle avait des pertes blanches, peu d'appétit, des digestions difficiles, des symptômes de chloro-anémie.

Plusieurs mois se passent sans qu'elle prenne souci de son état. Vers le mois de septembre 1853, elle se décide à suivre un régime analeptique, à prendre quelques petits bains froids le matin, quelques injections astringentes (solution d'alun et de sulfate de zinc); son état s'aggrave, et enfin le 10 janvier 1854 elle consent à se laisser examiner.

La muqueuse vaginale est rouge, surtout à sa partie supérieure. Le col est tuméfié, surtout à la lèvre antérieure, qui présente trois ulcérations. Pas de déplacement appréciable de l'utérus, si ce n'est peut-être un très-léger prolapsus. Je cautérise, séance tenante, avec la pierre infernale. Quatre cautérisations furent faites à huit jour d'intervalle. — Pas d'amélioration.

J'ai recours au nitrate acide de mercure. A des intervalles de dix à douze jours, je pratique six cautérisations avec ce liquide. Chaque cautérisation est douloureuse. La malade continue son régime; les injections, les bains, les ferrugineux.

Le 3 mai, la leucorrhée est toujours très-abondante; la lèvre antérieure du col tuméfié présente toujours trois ulcérations : l'une d'elles, celle qui occupe la ligne médiane, s'est notablement agran-

die ; irrégulière dans sa forme, elle a près de 2 centimètres d'étendue.

Les règles, depuis le début de la maladie, ont été irrégulières dans leur époque d'apparition et dans leur quantité.

Mme A. M. fait un voyage au sein de sa famille. Le médecin appelé pense que les cautérisations ont été faites à des distances trop grandes, et cautérise avec le nitrate d'argent tous les deux jours.

Après environ trois semaines d'absence, Mme A. M. revient plus malade ; elle est surtout moralement frappée et se croit atteinte d'une affection incurable.

Depuis quelque temps déjà j'avais parlé de cautérisations avec le cautère actuel, mais l'idée de fer rouge l'épouvantait. Je songeai au collodion et j'obtins facilement son emploi, par la raison banale, mais décisive auprès des malades, que s'il ne faisait pas de bien, à coup sûr il ne ferait pas de mal.

Le 12 juin 1854, j'appliquai donc plusieurs couches de collodion autour du col tuméfié, principalement sur les ulcérations.

Le 17, *cinq jours après*, l'amélioration était sensible ; il y avait surtout une diminution notable dans l'engorgement ; je fis une nouvelle application de collodion.

Le 29 juin, l'amélioration a continué ; il ne reste plus qu'une ulcération moins profonde et moins étendue. La leucorrhée a diminué. Troisième application de collodion.

Sur ces entrefaites, plusieurs amies de la malade partant pour Vichy, je lui conseillai d'y faire un voyage, en lui prescrivant de préférence les eaux ferrugineuses de la source Lardy.

Très-bien aux eaux, elle revint fatiguée du voyage. Quelques douleurs avaient reparu, les pertes blanches avaient augmenté. Le col était un peu plus tuméfié qu'avant le départ et présentait une ulcération d'environ 1 centimètre. J'appliquai le collodion pour la quatrième fois. Dès ce jour l'état de Mme A. M. s'améliora rapidement, et aujourd'hui, dix-huit mois après l'emploi du collodion, la guérison ne s'est pas démentie.

Plus de douleurs ; état général excellent ; à peine quelques fleurs blanches après les menstrues.

L'effet produit sur les tissus par le collodion m'avait donné l'idée de l'appliquer dans ce cas réfractaire aux moyens ordinaires ; et de même que M. Aran, je reconnais à ces applications les avantages suivants :

1° Le collodion produit un refroidissement subit ;

2° Il resserre les tissus et produit une compression ;

3° Il met les ulcères à l'abri, du contact de l'air et des liquides irritants sécrétés dans leur voisinage. Émile Delpeuch, D.-M.
à Bort (Corrèze).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du choléra infantile. — La température élevée sous laquelle nous vivons depuis quelque temps doit donner l'éveil aux praticiens sur les affections gastro-intestinales. Elle se traduit déjà chez un assez grand nombre de sujets de tout âge par des dérangements intestinaux, des diarrhées qui demandent à être surveillées. Mais c'est surtout chez les enfants à la mamelle que cette surveillance est nécessaire, d'autant plus que la diarrhée simple, à laquelle on a généralement le tort de ne pas apporter assez d'attention à cet âge, prend très-facilement, sous l'influence des chaleurs, le caractère de choléra infantile. C'est pour avoir été témoin récemment de plusieurs faits de ce genre dans le service de M. Trousseau à l'Hôtel-Dieu, que nous avons senti l'utilité d'appeler sur ce point l'attention de nos lecteurs.

Nous ne ferons pas l'histoire particulière de ces quelques faits, qui sont la reproduction à peu près exacte de ce qui se passe tous les ans à la même époque de l'année. Tous les ans, en effet, pendant les mois de juillet et d'août on voit, particulièrement chez les petits enfants nourris artificiellement ou allaités dans de mauvaises conditions, par des mères ou des nourrices malades elles-mêmes, on voit, disons-nous, survenir de la diarrhée. Cette diarrhée, négligée le plus habituellement, persiste pendant huit, dix, quinze jours. Déjà sous l'influence de cette diarrhée persistante la physionomie de l'enfant s'altère, il maigrit, ses chairs deviennent molles, ses joues se creusent. Mais bientôt les selles, qui étaient d'abord molles, odorantes et verdâtres, ont successivement passé par des teintes de moins en moins foncées et sont devenues de plus en plus liquides, toujours aussi fréquentes et aussi abondantes. Il arrive enfin un moment où tout à coup la physionomie de l'enfant change d'une manière bien plus sensible. Son visage pâlit, ses traits se tirent, le nez se pince et les yeux s'excavent; la peau se refroidit et perd sa souplesse et son élasticité habituelles ; l'enfant est en proie à une agitation presque convulsive, il crie sans cesse; sa physionomie exprime l'angoisse; il survient des vomissements de matière porracée; les selles sont séreuses et légèrement colorées en vert, comme si elles contenaient des herbages hachés; elles ne prennent jamais

la couleur blanche et l'aspect riziforme du choléra-morbus véritable. Le ventre se ballonne; au bout de quelque temps la diarrhée cesse et est remplacée par les vomissements qui redoublent. Le petit malade est en proie à une soif dévorante, il agite incessamment la langue et les lèvres et se précipite avec avidité sur le verre ou la timbale qu'on lui présente. Mais ce qu'il boit est rejeté aussitôt par le vomissement ou par les selles. Si aucune médication n'intervient dans cette circonstance, l'enfant ne tarde pas à être pris de convulsions et à succomber.

Quels sont les moyens de traitement à opposer au choléra infantile.

Voici d'après M. Trousseau les moyens qui réussissent le plus habituellement. La meilleure médication à ses yeux est le bain de moutarde; voici comment il le fait prendre : on met dans une serviette 500 grammes de farine de moutarde, que l'on délaye dans l'eau froide, puis on en fait une espèce de nouet que l'on presse et que l'on tord dans le bain jusqu'à ce que l'eau devienne jaune. L'enfant est mis dans ce bain et y est maintenu de dix à quinze minutes, jusqu'à ce que les bras de la personne qui le soutient commencent à ne plus pouvoir supporter l'action irritante de la moutarde. L'enfant bien essuyé est enveloppé alors dans une couverture de laine, on lui fait prendre à l'intérieur du sirop d'éther par petites cuillerées à café dans de l'eau distillée de menthe ou de mélisse. Il est rare qu'après l'emploi de ces moyens les accidents ne se modèrent pas. On répéterait du reste le bain de moutarde deux et trois fois, jusqu'à ce que se manifestent tous les signes d'une bonne réaction, chaleur à la peau, élévation du pouls, etc.

C'est alors le moment de recourir à l'usage d'une médication dont les excellents effets sont consacrés par l'expérience et qui est d'un grand usage en Angleterre, le mélange de craie et de mercure cru (*hydrargyrum cum cretâ*), que l'on donne à la dose de 10 à 15 centigrammes, pendant deux ou trois jours de suite. On se trouve très-bien aussi de la craie unie au bismuth à parties égales. Après quelque temps d'usage de cette médication les selles changent de nature, elles se colorent, deviennent bilieuses et la diarrhée se modère ou cesse même complétement, ainsi que les vomissements. Que si ces moyens n'amenaient pas l'amendement désiré, on pourrait encore recourir avec avantage à l'emploi de l'ipécacuanha en poudre, à la dose de 1 à 2 grammes.

Enfin le moyen le plus sûr de maintenir la guérison est le sein d'une bonne nourrice.

EMPLOI DU CHLORATE DE POTASSE COMME MOYEN PRÉSERVATIF DE LA SALIVATION MERCURIELLE. — Nous avons été les premiers à signaler aux médecins les précieux effets du chlorate de potasse contre la salivation mercurielle, et grâce aux efforts de M. Herpin, grâce à ceux de M. Demarquay, Isambert, etc., etc., la lumière s'est faite si bien autour de ce médicament, que peu de praticiens instruits en négligent l'emploi aujourd'hui. Certes, il est bien prouvé que si l'on administre le chlorate de potasse à une personne affectée de salivation mercurielle, en suspendant, bien entendu, le traitement mercuriel qui y a donné lieu, on voit en peu de jours la salivation diminuer et disparaître. Mais pourrait-on aller plus loin? Pourrait-on, par l'administration simultanée du chlorate de potasse et de la préparation hydrargyrique, arrêter le ptyalisme déjà produit, tout en continuant, en augmentant même les doses, en faisant enfin bénéficier le malade des avantages du traitement mercuriel qui est encore indiqué? Pourrait-on enfin faire précéder l'administration des mercuriaux chez les personnes très-sensibles à leur action de l'emploi du chlorate de potasse et prévenir ainsi la salivation? Telles sont les questions qui ont été plus particulièrement examinées par M. Ricord, dans ces derniers temps, à l'hôpital du Midi.

On ne peut nier que par des expérimentations de ce genre M. Ricord soumettait le chlorate de potasse à une rude épreuve, tellement rude que les succès obtenus par le savant chirurgien de l'hôpital du Midi ne nous aveuglent pas sur les insuccès probables et nombreux qui doivent suivre une pareille pratique. Toujours est-il cependant que chez un certain nombre de malades, la continuation du traitement mercuriel, l'augmentation même des doses, n'ont pas empêché la guérison rapide des accidents buccaux par le chlorate de potasse. C'est ainsi que chez un malade de vingt-neuf ans, affecté de chancre induré et de plaques muqueuses et traité depuis deux mois par le proto-iodure, à la dose de 5 et 10 centigrammes par jour, des accidents de stomatite très-prononcés (tuméfaction légèrement douloureuse des régions parotidienne et sous-maxillaire, boursouflement et rougeur des gencives, ulcération commençante au pourtour de la dernière molaire inférieure du côté droit, gencives extrêmement douloureuses, rendant la mastication très-sensible, salivation abondante, ayant rendu tout sommeil impossible depuis deux mois) nécessitèrent l'administration du chlorate à la dose de 6 grammes en douze pilules; mais, contrairement à ce qui se fait habituellement, la médication mercurielle fut continuée à la même dose pendant deux jours, et le proto-iodure fut donné à 15 centigrammes le qua-

trième jour. Malgré cela, dès le sixième jour, la tuméfaction des régions parotidienne et sous-maxillaire avait complétement disparu; les gencives avaient complétement perdu leur rougeur morbide, étaient indolentes et ne présentaient plus qu'un léger degré de tuméfaction; mastication facile; nulle salivation; sommeil. (Même traitement.) Le douzième jour, il subsistait toujours une certaine tuméfaction des gencives; du reste, nul phénomène d'excitation buccale. Les accidents de céphalée et de douleurs péri-articulaires firent porter la dose de proto-iodure à 20 centigrammes par jour, tout en continuant le chlorate encore pendant six jours. L'état de la bouche resta satisfaisant.

Mais ce qu'il y a de plus important encore dans les expérimentations de M. Ricord, c'est qu'elles tendent à établir l'action prophylactique du chlorate de potasse contre la salivation mercurielle. Sur toute une série de malades, dont quelques-uns présentant une extrême sensibilité aux préparations hydrargyriques, soumis au chlorate de potasse dès le début de la médication mercurielle, aucun accident de stomatite ne s'est déclaré; de sorte que le chlorate de potasse ne serait pas seulement puissant à dominer l'influence pathogénique du mercure, alors qu'elle s'est traduite sur la muqueuse buccale par les symptômes d'une irritation plus ou moins vive; il suffirait encore à prévenir ces manifestations, ou, si l'effet ptyalique s'est déjà produit, à en empêcher le retour. On comprend que des faits de ce genre ont besoin d'être répétés un très-grand nombre de fois dans la pratique, pour passer à l'état de faits généralement acceptés de tous; mais en l'état des choses, ils n'en sont pas moins intéressants, en ce qu'ils ajoutent encore, s'il est possible, aux précieuses applications d'un médicament dont on soupçonnait à peine la valeur il y a une année.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Atrésie vulvaire (*Du décollement comme moyen de guérison de l'*). La méthode de traitement dont nous voulons parler aujourd'hui, d'après M. Bouchacourt, ne s'applique certainement pas à toutes les atrésies vulvaires, mais seulement à celles qui sont congénitales et qui présentent alors une disposition spéciale signalée par ce chirurgien, à savoir la juxtaposition des petites lèvres, juxtaposition tellement intime, analogue à la juxtaposition des surfaces observée en physique et étudiée au chapitre des phénomènes capillaires, qu'on a pu voir là une adhésion organique et la nécessité de la détruire avec l'instrument tranchant. Après s'être convaincu, par l'examen de plusieurs de ces atrésies, que leur siége est aux petites lèvres, M. Bouchacourt a été conduit par l'analogie à leur appli-

quer un traitement très-simple et qui n'est autre qu'un décollement. Ayant eu à opérer plusieurs cas de phimosis congénital chez les petits garçons, avec adhésion du prépuce au gland, je m'étais aperçu, dit-il, que les adhérences latérales au frein, circulaires à la base du gland et sur la plus grande étendue de la surface, ne résistaient point à un rebroussement fait avec une pression forte et ménagée, ayant le soin d'enduire préalablement d'huile les parties que l'on veut faire *désadhérer*, si l'on peut ainsi parler. Appliquant ces données à l'atrésie vulvaire par occlusion des petites lèvres, j'ai pu deux fois, sur deux opérations ainsi tentées, détruire l'adhérence médiane en écartant chaque moitié de la membrane obturative avec les pouces appliqués de chaque côté, rétablir l'orifice dans son intégrité, sans tiraillement douloureux, sans écoulement sanguin, sans l'inflammation consécutive qui avait lieu dans les cas mêmes les plus simples opérés au bistouri et à la sonde cannelée. Il suit de là que dans les cas de ce genre l'écartement lent fait avec des tractions ménagées et continues, autrement dit la méthode de décollement devra toujours être essayée, s'il y a lieu de croire à la juxtaposition indiquée par M. Bouchacourt, avant d'en venir à l'incision avec le bistouri et la sonde cannelée. (*Gaz méd. de Lyon*, juillet.)

Cinchonine (*De l'action physiologique et thérapeutique de la*) *en particulier contre les fièvres intermittentes.* Le prix toujours croissant du quinquina et surtout des espèces qui contiennent de la quinine en proportion considérable, le prix également de plus en plus élevé de cet alcaloïde ont rappelé l'attention vers un autre alcaloïde qui se trouve dans le quinquina, et dont la quinine a obscurci tellement la valeur thérapeutique, qu'après avoir été découvert le premier il est resté presque oublié, malgré l'accueil favorable qu'il avait reçu à son début : nous voulons parler de la cinchonine. Dans un supplément à son Annuaire de thérapeutique pour 1856; M. le professeur Bouchardat vient de publier les résultats d'une enquête qu'il a ouverte sur les propriétés thérapeutiques de la cinchonine, en même temps que le résumé des travaux déjà publiés sur cet alcaloïde et quelques expériences sur son action physiologique.

Ce qui résulte de cette enquête, c'est que sans être complétement semblable à la quinine, comme on l'avait cru, la cinchonine n'en est pas moins un agent thérapeutique très-précieux et très-efficace. L'action du sulfate de cinchonine sur l'homme sain présente des ressemblances considérables avec celle du sulfate de quinine, mais l'interprétation rigoureuse des faits montre qu'il existe des différences qui ne se rapportent pas à l'intensité. Le sulfate de cinchonine ne cause pas aussitôt que le sulfate de quinine, et à dose égale, des bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vue ; mais à dose moindre et plus constamment que le sulfate de quinine, il détermine une céphalalgie spéciale assez intense ayant principalement pour siége les parties antérieures de la tête, accompagnée d'un sentiment de compression très-remarquable. Ces phénomènes apparaissent à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme. A cette même dose, beaucoup plus fréquemment et plus énergiquement qu'avec le sulfate de quinine, on observe des douleurs précordiales, des soubresauts, un affaiblissement très-prononcé qui peut aller jusqu'à la syncope.

Au point de vue thérapeutique, les faits recueillis en Algérie par M. Wahu et M. Laveran témoignent cependant de toute l'efficacité du sulfate de cinchonine dans les fièvres intermittentes; M. Wahu ajoute même que, des succédanés si nombreux prônés depuis dix ou quinze ans, le sulfate de cinchonine est le seul qui ait répondu à son attente. Il n'y a pas de doute cependant que dans les fièvres intermittentes pernicieuses, le sulfate de quinine conserve encore toute sa supériorité ; mais par contre, pour combattre les fièvres intermittentes non pernicieuses, le sulfate de cinchonine marche l'égal du sulfate de quinine. 50 centigrammes en une fois, voilà la dose qui convient pour un jour. En Algérie et dans les pays où l'influence paludéenne est très-fortement prononcée, on peut aller jusqu'à 1 gramme. En somme, cependant, le sulfate de quinine à dose égale supprime plus sûrement, plus rapidement l'accès que le sulfate de cinchonine ; mais ce dernier sel guérit au moins aussi sûrement lorsqu'on peut disposer de l'élément *temps* et qu'on n'a pas à redouter un accès pernicieux. Or, la substitution de la cinchonine à la quinine ne procure pas en ce moment une économie moindre de 50 pour 100, et un pareil résultat ne peut être à

dédaigner pour la pratique nosocomiale et pour la pratique des campagnes surtout.

Fièvres intermittentes (*De la valeur du sel marin dans le traitement des*). Dans ce procès en révision qui s'instruit depuis quelques années à propos des divers fébrifuges succédanés du quinquina, l'avantage n'est pas sans doute de leur côté, si on les compare à ce dernier et au sulfate de quinine; mais la question ainsi posée n'aboutirait pas à la solution que l'on se propose. Il ne s'agit pas, en effet, de savoir, ce dont personne ne doute, si les préparations de quinquina ne l'emportent pas sur tous les autres fébrifuges, mais bien si l'on ne peut pas réussir avec d'autres fébrifuges dans les fièvres intermittentes simples, et épargner par conséquent aux malades les frais d'un traitement quinique. Or, dans ces termes, la question est certainement résolue : l'arsenic, le sel ammoniac, le saule blanc, la gentiane, etc., ont coupé et couperont toujours un grand nombre de fièvres. Le chlorure de sodium, de son côté, ne paraît pas être sans quelque valeur, et il résulte des expériences faites à cet égard par M. Moroschkin que sur cent cinq fiévreux, il est parvenu à obtenir la guérison de soixante-dix par l'administration du sel marin comme suit. Le malade prend deux à trois doses, chacune de 30 grammes de sel, dissous dans 100 grammes d'eau, données en deux fois dans les intervalles des deux accès. Les paroxysmes fébriles diminuent le plus souvent d'intensité en fort peu de temps; quelquefois après un jour, et ordinairement après les doses qui viennent d'être indiquées, la fièvre a cessé. Lorsque la fièvre ne faisait plus son apparition au jour ordinaire, la dose de sel était réduite à 8 ou 16 grammes, suivant les cas. Après la guérison, le remède était encore donné aux malades les 6, 7, 13, 14, 20 et 21es jours, à titre de prophylactique, à la dose de 8 grammes dans 30 grammes d'eau distillée. M. Moroschkin ne s'entêtait pas dans l'emploi du sel marin : si, après cinq ou six jours, la fièvre se montrait réfractaire, il administrait le sulfate de quinine à la dose de 0,50, et la fièvre était coupée immédiatement. Du reste, le sel marin ne lui a pas paru avoir de mauvais effets sur les voies digestives ; au contraire, sous l'influence de son emploi, la langue devient nette, l'appétit reparaît, les selles deviennent régulières, quelquefois un peu plus fréquentes. Ajoutons que les résultats obtenus par M. Moroschkin sont d'autant plus remarquables qu'il les a recueillis dans un pays où les fièvres intermittentes sont endémiques, à Kutaïss, sur les bords de la mer Noire. (*Med. Zeit. Rus.* et *Ann. de la Flandre* oc., 18e l. 1856.)

Fissure *à l'anus rebelle ; guérison par les purgatifs.* L'influence si bien constatée de la constipation sur la production de la fissure à l'anus, les inconvénients qu'elle entraîne lorsqu'elle vient compliquer celle-ci sans l'avoir produite, sont des circonstances qui ont dû bien souvent faire songer à l'emploi des purgatifs. Il est certain que les purgatifs sont toujours suivis d'une amélioration marquée chez les personnes constipées, et bon nombre d'entre elles ne doivent qu'à leur emploi la possibilité d'aller à la garde-robe sans éprouver de douleurs atroces. Mais c'est surtout probablement lorsque la petite plaie suffisamment modifiée par les traitements antérieurs n'est plus contrariée dans sa tendance à la guérison que par le passage des matières dures et résistantes qui déchirent la cicatrice, c'est dans ces circonstances, disons-nous, que les purgatifs doivent réussir, et nous nous expliquons ainsi le succès remarquable qui vient d'être obtenu par M. Plouviez dans le cas suivant :

M..., âgé de trente-sept ans, d'une constitution très-forte, d'un tempérament bilioso-sanguin, commença à éprouver vers les premiers mois de l'année 1852 de la cuisson, puis de la douleur au fondement, que l'on attribua d'abord aux hémorrhoïdes. Loin de diminuer avec le temps, les douleurs augmentèrent, surtout après les évacuations. A la première exploration attentive, on découvrit une fissure à droite et une seconde en arrière. Depuis l'adolescence, une constipation opiniâtre, qu'aucun moyen n'avait pu vaincre, existait à un tel point que quoi qu'il fît, il n'allait guère quo tous les sept ou huit jours. On lui donna des lavements de ratanhia qui ne produisirent aucune amélioration. La pommade de Dupuytren, l'onguent mercuriel ne pouvaient être supportés au delà de quelques minutes, même avec les mèches les plus minces. Le cérat simple, le cold-cream, l'huile d'amandes douces occasionnaient aussi des douleurs atroces. Trois cautérisations avec le nitrate d'argent dans l'espace d'un

mois mirent le malade dans un état déplorable. Il avait repoussé l'opération proposée en désespoir de cause, lorsque M. Plouviez fut consulté à son tour. La santé était fortement altérée, le facies annonçait la souffrance et la démoralisation. Les deux fissures étaient d'un rouge très-vif etsaignaient au moindre tiraillement; celle de droite était sur le bord d'une petite hémorrhoïde. Tous les agents employés jusque-là ayant échoué et l'opération étant repoussée, M. Plouviez eut recours d'abord avec succès au traitement suivant : vider le canal intestinal avec un purgatif, puis nourrir avec des consommés et panser tous les jours avec des mèches enduites de la pommade de M. Campagnac (onguent de la mère et huil ed'amandes douces). Malgré le régime sévère suivi avec courage, les évacuations avaient lieu comme à l'ordinaire tous les six, sept jours, avec les plus vives douleurs. Les mèches étaient rarement supportées au delà d'une demi-heure. M. Plouviez chercha alors le moyen de rendre les évacuations journalières, et il y arriva par l'administration des pilules écossaises ainsi modifiées :

Poudre d'aloès.........	4 grammes.
Poudre de gomme gutte..	4 —
Tartre stibié............	0,05.
Huile volatile d'anis.....	2 gouttes.
Sirop simple...........	Q. S.

pour des pilules argentées de 20 centigrammes. Une d'elles, prise le soir en se couchant, produisait régulièrement l'effet désiré le lendemain matin ; puis on introduisait dans le fondement un petit cône cylindrique d'onguent de la mère pur, qu'on y laissait fondre. Après huit ou dix jours, amélioration évidente ; quinze ou vingt jours plus tard, il n'y avait plus de sang ni de douleur. En un mois, la guérison était radicale. On cessa d'appliquer l'onguent de la mère ; mais les pilules furent continuées trois ou quatre mois, laissant de temps en temps un ou deux jours d'intervalle. Depuis deux ans, la constipation est revenue, et malgré cela il n'y a plus trace de fissure. (*Ann. de la Flandre occid.*, t. 18, 1856.)

Kystes sébacés (*Traitement des*) *par le séton*. Il faut applaudir à toutes les simplifications qui tendent à s'introduire dans la pratique chirurgicale, surtout lorsqu'elles ont pour but de substituer à des opérations de quelque importance des traitements plus simples, et surtout dont les conséquences soient moins à redouter pour les malades. Les kystes sébacés ne sont pas sans doute une affection bien grave ; on doit cependant enlever la tumeur plus ou moins volumineuse qu'ils forment, et pour cela il faut bien une incision, quelquefois même une incision cruciale ou l'excision d'un lambeau de peau, à moins qu'on ne veuille avoir recours à l'emploi des caustiques et détruire la peau avec eux, ce qui est moins dangereux peut-être que l'excision, mais qui n'est pas sans inconvénient pour les malades, surtout au point de vue de la difformité.

Le procédé que M. Em. Marchand, de Sainte-Foy, propose de reprendre et qu'il a employé avec succès dans plusieurs cas n'est autre que le séton. Rien de plus simple que son application. Il consiste à traverser la tumeur avec un fil, au moyen d'une aiguille courbe à suture qui se trouve dans le portefeuille de toutes les trousses, à vider la tumeur par les trous que l'aiguille a faits à la peau et à nouer ensuite le fil en forme de séton. Voici ce qui arrive : la tumeur étant vidée s'enflamme, soit à cause de la pénétration de l'air, soit plutôt à cause de la présence du fil qui agit comme corps étranger. Il se forme du pus ; ce pus s'évacue par les trous qui donnent passage au petit séton, et après quelques jours, huit, dix ou quinze, on peut retirer le fil ; la suppuration cesse, il reste quelques jours encore une légère induration et tout disparaît. M. Marchand proportionne le volume du fil et la durée de la cure au volume de la tumeur : si elle est moins grosse qu'une noisette, un fil ordinaire suffit; si elle dépasse ce volume sans atteindre celui d'un œuf de pigeon, un fil double suffit encore ; si elle est plus volumineuse, on introduit une ficelle ordinaire et on la laisse séjourner une quinzaine de jours.

Les avantages de ce procédé sont les suivants : la douleur est insignifiante ; le malade peut vaquer à ses occupations et ne les interrompt pas pendant toute la durée de la cure. L'inflammation qui survient est à peine douloureuse, parce que le pus, en très-petite quantité d'ailleurs, s'écoule facilement par les deux petites ouvertures. Du reste, cet écoulement de pus est très-peu abondant. Il ne reste pas de cicatrices, sauf les deux piqûres d'aiguille. On ne risque pas enfin d'altérer les organes voisins. Ce traitement n'est applicable malheureusement qu'aux kystes sébacés, dont

le contenu est plus ou moins fluide; car quelquefois, surtout dans les tumeurs anciennes, la matière sébacée se solidifie et acquiert une consistance plâtreuse.

M. Marchand rapporte quatre cas, dont le premier et le deuxième sont surtout intéressants. Dans le premier, chez une demoiselle de quarante ans, neuf kystes sébacés du cuir chevelu, dont le plus gros avait le volume d'une moitié de noix et le plus petit celui d'une moitié de haricot, ont été traités ainsi, le plus volumineux par le fil double et les plus petits par le fil simple. Le liquide fut évacué par des pressions assez fortes, et les fils furent noués de manière à former une anse courte, qui ne gênait nullement. Après quelques jours ces tumeurs suppurèrent, et vers le dixième les fils furent coupés. M. Marchand en avait lié deux le premier jour; il lia les autres en deux séances, à quelques jours d'intervalle. Guérison parfaite sans aucun accident, sans récidive et sans difformité. Dans le deuxième cas, kyste mélicéritique de la face, gros comme un œuf de poule, chez un adulte; il fut traversé par une ficelle; le malade continua à marcher toute la journée. Quelques jours après, la tumeur devint douloureuse et il sortit du pus par les ouvertures qui donnaient passage au séton. La ficelle fut retirée vers le quinzième jour; la tumeur était grosse comme une noix. Trois semaines après, il n'y en avait plus de traces. Ce malade n'a jamais interrompu son travail, qui nécessitait chaque jour des voyages à pied ou en voiture. (*Mon. des hôp.*, juin.)

Maladies des yeux (*Valeur des mercuriaux dans le traitement des*). Dans cette revue qu'il poursuit avec tant d'avantage pour la science des moyens thérapeutiques employés contre les maladies des yeux, M. Guépin a été conduit à examiner la valeur des mercuriaux dans ces maladies. Les mercuriaux, dit-il, peuvent agir de trois manières : 1° comme astringents et par suite comme purgatifs des muqueuses; 2° comme altérants de la constitution du sang, et 3° comme susceptibles de détruire les végétaux et les animaux parasites, et comme antisyphilitiques. L'emploi de l'oxyde rouge et du calomel incorporés dans des collyres gras, c'est-à-dire dans des pommades, rentre dans le premier mode d'action, et on ne peut contester leur utilité dans beaucoup de cas, en les associant surtout à l'occlusion, principalement dans les conjonctivites catarrhales, rhumatismales, dans les kératites pustulo-vésiculeuses et dans les kérato-conjonctivites ulcéreuses. M. Guépin repousse, au contraire, les mercuriaux en tant qu'altérants et surtout en tant que traitement principal dans les ophthalmies purulentes : les frictions mercurielles et le calomel à dose altérante, dit-il, sont tout à fait inutiles en pareil cas et sont des moyens très-inférieurs. Dans les kératites scrofuleuses de même; mais dans l'iritis, les mercuriaux conservent encore, à son avis, leur supériorité. Dans les affections syphilitiques de l'œil, le mercure rend encore les plus grands services. M. Guépin donne la préférence au sublimé, qu'il administre à petites doses, en y joignant la diète et la chaleur. Suivant lui, les hautes doses de mercure sont inutiles; 80 centigrammes de sublimé lui ont paru suffire chez les adultes, et pour le rendre plus actif, il ajoute à la solution du sel marin ou du sel ammoniac, et le fait prendre dans un sirop sudorifique ou tonique. Mais ce qui distingue le mode d'administration des mercuriaux suivi par M. Guépin, c'est que se préoccupant plus qu'on ne le fait habituellement de la présence du mercure dans l'économie, il fait suivre à ses malades un traitement destiné à l'expurgation du mercure, composé des eaux hydrosulfureuses d'abord, puis de l'emploi alternatif de l'iodure de potassium ou du chlorhydrate d'ammoniaque et des préparations hydrosulfureuses unies aux bains sudorifiques. (*Ann. d'oculistique*, juin.)

Strabisme paralytique (*Traitement du*) *par la cautérisation de la conjonctive scléroticale.* A l'appui de cette pratique, recommandée, comme on sait, par Dieffenbach, M. Ch. Deval a rapporté il y a quelque temps plusieurs faits qui paraissent témoigner de son efficacité dans certains cas de strabisme dérivant de la paralysie de la troisième ou de la sixième paire cérébrale.

Obs. I. Duvivier est affligé depuis le 26 avril 1850 d'une paralysie complète de la troisième paire droite. Le 27, le globe est presque entièrement couvert par la paupière supérieure immobile; la mydriase est énorme. Ces symptômes paraissent avoir leur source dans la congestion encéphalique. Saignée du bras, sinapismes, etc. Le 23 mai, ces symptômes ont disparu

et le strabisme divergent persiste. M. Deval cautérise trois fois la conjonctive sur le trajet du muscle droit interne. Guérison prompte et complète.

Obs. II. Ary a été affecté en 1850 d'une paralysie de la troisième paire gauche, dont il guérit par la méthode antiphlogistique. Le 19 août 1852, il se représente avec une paralysie de la sixième paire du même côté, datant de quatre semaines et qui est attaquée par les antiphlogistiques. Le 30 août, les symptômes congestifs ont disparu, mais le strabisme convergent persiste. Une cautérisation sur le trajet du muscle droit externe suffit pour amener la guérison. Le 13 octobre 1853, il est encore atteint et celte fois d'une paralysie incomplète de la sixième paire droite, dont l'invasion a été précédée pendant quatre à cinq jours d'une céphalalgie interne. Antiphlogistiques, calmants, etc., employés infructueusement jusqu'au 3 novembre. Trois cautérisations les 3, 19 novembre et le 3 décembre. Bien que le malade ne fût point guéri à cette époque, l'amélioration était considérable. Il ne revint plus.

Obs. III. Anna Maney a été atteinte depuis 1840 de rhumatismes qui ont parcouru, dit-elle, tout le corps Le 15 mars 1853, elle offre un strabisme convergent à l'œil droit, de l'ophthalmoptose et de la diplopie. La déviation, dont l'origine remonte à six semaines, s'est établie peu à peu. La malade avait été saignée et purgée deux fois. Divers moyens antirhumatismaux sont employés sans succès jusqu'au 7 mai, où M. Deval cautérise une première fois le trajet du muscle droit externe. Le soir même, la cornée gagnait l'angle temporal des paupières. Guérison aussi prompte que complète.

Obs. IV. M. T. est atteint d'un strabisme convergent double et de diplopie survenus à la suite d'un refroidissement. Il est sujet aux rhumatismes. Divers traitements sont restés sans effet. M. Deval pratique trois cautérisations qui suffirent pour amener la guérison. (*Union méd.* et *Ann. d'oculistique*, juin.)

Tumeur *de l'isthme du gosier* (*Observation nouvelle d'un cas de*). L'anatomie du voile du palais nous montre les muscles séparés de la muqueuse par une couche lamelleuse remplie de follicules très-gros, glandules qui peuvent, en s'hypertrophiant, donner naissance à des tumeurs qui doivent être rapprochées des tumeurs mammaires chroniques d'Ast. Cooper. Ce n'est pas seulement au point de vue histologique que le rapprochement est frappant; il l'est encore au point de vue thérapeutique : toutes deux sont enkystées, de sorte qu'elles peuvent être enlevées par énucléation, procédé qui, par la facilité de sa mise en œuvre, et le peu de traumatisme local, constitue un bienfait pour les malades.

Le silence gardé par les auteurs classiques nous a engagé à signaler ces faits dans un article inséré dans le t. XLII, p. 58; afin de mieux être compris, nous avons donné quelques dessins. Le même silence règne en Angleterre, puisque M. Syme, dans un mémoire inséré dans le Monthly Journal, appelle l'attention des chirurgiens anglais sur ces faits. A l'exemple de M. Cruveilhier, qui donnait le nom de corps fibreux aux hypertrophies des lobules glanduleux de la mamelle, le chirurgien anglais désigne sous le nom de tumeurs fibreuses ces hypertrophies des glandules de la muqueuse buccale.

Ayant insisté déjà sur les caractères et les symptômes, nous nous bornerons à consigner le nouveau fait que publie ce chirurgien. La position de la tumeur en avant de l'amygdale et la tendance de celle-ci à dégénérer peuvent jeter de l'hésitation dans l'esprit du praticien. — Un homme de trente-huit ans portait dans la région de l'amygdale gauche une tumeur volumineuse qui parut d'abord n'être que la tonsille hypertrophiée, mais qu'un examen attentif montra en être distincte; elle était d'une consistance ferme et un peu mobile. M. Syme décide l'extirpation : la muqueuse est incisée dans toute la hauteur de la tumeur, puis disséquée de chaque côté; on détruit ensuite les autres connexions par l'énucléation aidée de quelques coups de bistouri. L'opération ne fut pas très-douloureuse et ne nécessita pas de ligature vasculaire; le malade n'éprouva aucun accident et fut renvoyé guéri quelques jours après. La tumeur offrait au moins 4 centimètres dans ses divers diamètres, et présentait par ses caractères intérieurs et extérieurs un spécimen parfait de ces tumeurs fibreuses qu'on trouve si souvent dans la parotide ou la mamelle. (*Monthly Journ.*, et *Mon. des hôp.*, juin.)

Ulcère *chronique de l'estomac* (*Heureux effets de la diète lactée et du nitrate d'argent à l'intérieur*

dans l'). C'est le propre des découvertes pathologiques de mettre sur le chemin des bons traitements. En faisant connaître l'existence d'une affection spéciale et distincte du cancer de l'estomac, à laquelle il a donné le nom d'ulcère chronique, M. Cruveilhier a été conduit à instituer un traitement de cette affection, et il a insisté principalement sur l'utilité de la diète lactée. C'est aussi à la diète lactée que M. Schützenberger s'est adressé, et c'est avec elle qu'il a réussi à guérir quelques malades. Selon la susceptibilité de l'estomac, dit-il, je commence par des doses plus ou moins fortes de lait pur ou coupé avec de l'eau de Vichy. Dans certains cas, les malades n'en supportent que quelques cuillerées; dans d'autres, j'ai pu commencer par deux ou trois verres. En évitant toute espèce d'aliments solides, la quantité de lait est augmentée successivement. J'ai pu arriver quelquefois jusqu'à plusieurs litres, cinq ou six par jour, quantité suffisante pour réparer déjà en partie la nutrition d'ordinaire profondément altérée. Il est indispensable de faire durer la diète lactée un temps suffisant; ce temps ne peut être déterminé *à priori*; on peut tenter le passage à une autre alimentation, quand les malades digèrent sans accident de fortes doses de lait. Ce passage est toujours un point très-délicat; ce n'est que lentement, progressivement et en tâtonnant que ce changement peut être heureusement opéré. La plus grande docilité est nécessaire de la part des malades. Mais ce qui distingue surtout le traitement de M. Schützenberger, c'est l'emploi du nitrate d'argent à l'intérieur, en pilules de 1 à 2 milligrammes, trois par jour, une le matin, une à midi, et une le soir. Chaque pilule est prise au moins une heure avant le lait, dans le but évidemment de modifier les surfaces malades. La dose est augmentée progressivement et cette dose peut être portée jusqu'à 3 et quelquefois jusqu'à 5 centigrammes en trois fois. Comme adjuvant, M. Schützenberger emploie l'eau gazeuse, l'eau de Vichy, la glace en cas de vomissements fréquents ou d'hématémèse, la morphine pour calmer la douleur, les émissions sanguines locales, s'il existe une grande sensibilité à la pression, des frictions avec la pommade stibiée sur la région épigastrique. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, juin.)

Urines (*Sur les moyens de rendre les*) *alcalines*. Dans un mémoire intéressant sur l'alcalinité des urines, mémoire dans lequel il a cherché à établir que l'état alcalin de l'urine résulte très-souvent d'une altération de la membrane muqueuse sur laquelle l'urine doit passer pour être rejetée au dehors, et que la présence de sédiments phosphatiques est la conséquence de cette modification, M. Owen Rees a été conduit à présenter quelques considérations sur les moyens de rendre les urines alcalines. Toutes les fois qu'on se propose, dit-il, de rendre l'urine sécrétée alcaline, la méthode la plus sûre et la plus expéditive consiste à administrer des sels neutres formés par des acides végétaux combinés à des bases alcalines. Quelques-uns de ces sels sont purgatifs, d'autres ne le sont pas ou ne le sont que faiblement; en employant les uns et les autres ou en les combinant, on pourra agir à volonté sur le tube digestif ou n'exercer sur lui aucune influence, tout en rendant dans les deux cas l'urine alcaline, après l'emploi de quelques doses. On a cherché à établir que lorsque ces sels produisent un effet purgatif, ils n'ont plus assez d'action sur l'urine pour en modifier les qualités; mais pour se convaincre du contraire, il suffit d'observer les effets de la poudre de Sedlitz commune (combinaison de tartrate de soude et de potasse) qui, tout en purgeant, détermine un état alcalin de l'urine des plus prononcés. Les acides végétaux, ainsi combinés aux bases, subissent très-rapidement l'oxygénation au sein de l'organisme, et un carbonate supérieur de la même base se développe alors dans l'urine très-peu de temps après l'ingestion du médicament. Les carbonates alcalins n'agissent pas avec autant de facilité, et on sait très-bien qu'on peut absorber plusieurs jours de suite une solution d'alcali caustique, sans que l'urine acquière une alcalinité prononcée. Selon l'état du tube digestif, M. Owen Rees a recours au tartrate de potasse, à la dose de 2 à 4 grammes, en deux ou trois fois par jour, combinés avec les toniques végétaux. M. Rees indique aux chirurgiens la taille et la lithotritie, comme deux circonstances principales qui réclament l'alcalinité de l'urine, dans le but d'éviter aux membranes enflammées le contact d'une urine acide. Le citrate de potasse lui paraît susceptible alors de rendre de grands services. (*Guy's hosp. Rep.*, et *Arch. de méd.*, juillet.)

VARIÉTÉS.

DE LA SPIROMÉTRIE. — NOUVEAU SPIROMÈTRE.

Au moment où la publication de nombreux travaux sur la spirométrie, tant en Angleterre qu'en Allemagne et en France, vient fixer l'attention sur la possibilité de faire servir la mensuration de l'air inspiré et expiré au diagnostic des maladies de poitrine, on n'accueillera pas sans intérêt un nouvel instrument portatif et d'un emploi commode, destiné à rendre plus faciles les expériences spirométriques, tout en permettant d'obtenir le degré d'approximation qu'on a intérêt à rechercher.

Le spiromètre de M. Jules Guillot, dont nous voulons parler aujourd'hui, se compose d'un tube en laiton de 15 millimètres de diamètre, formé d'une partie cylindrique et d'une partie recourbée raccordées entre elles. Une hélice à ailes très-légère est montée sur une tige d'acier qui se trouve dans l'axe de la partie cylindrique du tube. Une des extrémités de cette tige sort du tube en traversant un trou pratiqué dans la paroi et porte une vis sans fin destinée à communiquer le mouvement à un compteur.

Deux roues dentées engrènent avec cette vis sans fin ; l'une porte l'aiguille du compteur, qui marque sur un cadran fixe divisé en autant de parties que la roue a de dents (50) les unités du nombre des tours de l'hélice. L'autre roue dentée n'a que 48 dents ; par conséquent quand l'autre qui a 50 dents a fait un tour complet, elle a fait un tour plus 2/48 ou 1/24 ; elle porte un cadran mobile divisé en 24 parties et chaque fois que l'hélice fait 50 tours, l'aiguille se déplace par rapport au cadran mobile d'une division de ce cadran. Le compteur enregistre donc le nombre des tours de l'hélice de 0 à 1,200.

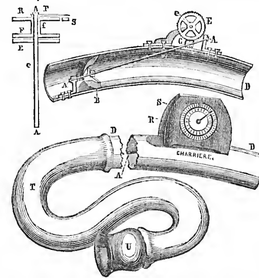
Usages de l'instrument.

« 1° J'ai dû me préoccuper d'abord, dit M. Guillet, de la mesure de la quantité d'air que l'on peut expirer après une inspiration aussi forte possible. MM. Hutchinson et Bonnet (de Lyon) ont déjà appelé l'attention des médecins sur cette mesure, qui leur a paru être d'un grand intérêt au point de vue du diagnostic des maladies du poumon. Le premier a expérimenté avec un gazomètre équilibré ; les indications de son instrument nécessitent une correction variable avec la température de l'eau de son gazomètre ; j'ignore s'il en a tenu compte, mais assurément elle n'est pas négligeable puisqu'elle peut s'élever à près d'un litre pour de très-fortes expirations. Pour s'en assurer, on peut calculer à l'aide des formules de la physique la variation de volume qu'éprouve l'air saturé à 40 degrés passant dans de l'eau à 10 degrés. La même correction est nécessaire pour les volumes que donne un compteur à gaz, et cet instrument présente de plus l'inconvénient de donner des indications inexactes (trop faibles) dans les grandes vitesses que fournissent presque toutes les personnes que l'on fait souffler. En traversant mon spiromètre, l'air conserve très-sensiblement le volume qu'il a dans le poumon, il n'y a donc point de correction à faire aux volumes qui sont indiqués par le nombre des tours du volant. Il est très-facile de s'assurer que dans les limites des vitesses quo fournit une expiration forcée dans un tube de 15 millimètres de diamètre (3 à 8 mètres par seconde environ) les indications sont très-sensiblement les mêmes pour la même quantité d'air. On fait souffler dans le tube en recommandant de ne pas faire d'effort ; on a noté la position initiale de l'aiguille par rapport au 0 du cadran fixe et au 0 du cadran mobile ; on note la position finale, le déplacement sur le cadran mobile donne les cinquantaines, sur le cadran fixe les unités du nombre des tours de l'hélice. On voit sur un petit tableau préalablement construit à quel volume en décilitres correspond ce nombre de tours. Il est, je pense, inutile de rechercher une approximation plus grande quo celle de 1 décilitre, la quantité que l'on mesure étant elle-même un peu variable, suivant l'effort d'inspiration qu'on a fait.

« 2° On peut faire respirer à travers le tube ; l'effort nécessaire est assez faible pour que les malades eux-mêmes n'en éprouvent pas de gêne sensible. La durée et l'amplitude variable des oscillations de l'aiguille fournissent des données dont on pourra peut-être faire ressortir l'importance, quand on aura expérimenté sur ce sujet.

« On peut, en mettant un encliquetage à l'une des roues dentées, faire que le mouvement ne soit possible que dans un sens. Alors le déplacement des aiguilles sur le cadran, au bout d'un certain nombre de respirations exécutées à travers le tube, donne approximativement la somme de l'air inspiré ou expiré.

« Quand on fait respirer à travers le tube, les roues du compteur étant libres, on observe un certain déplacement dans le sens du mouvement que donne l'air expiré. Cela tient à ce que celui-ci a plus de volume que l'air inspiré. La grandeur du déplacement, après un certain nombre de respirations, permet encore de juger de leur amplitude.



« La formule empirique de M. Hutchinson, que l'accroissement de la capacité totale est proportionnel à l'accroissement de la taille, se vérifie à peu près, dans la grande majorité des cas. Les chiffres qu'il donne m'ont paru en général un peu faibles et peuvent être pris pour des minima.

« Je pense que cette formule, qui se recommande à la pratique par son extrême simplicité, n'est que le premier degré d'une approximation qu'on peut pousser plus loin en expérimentant avec soin, sans pouvoir jamais cependant dépasser une certaine limite d'erreur, qu'il serait utile de pouvoir reculer et déterminer de plus en plus possible. »

La figure représente l'instrument sur trois plans.

1° Coupe passant par l'axe parallèlement aux roues dentées du compteur.

2° Elévation.

3° Plan explicatif de la disposition du compteur.

A.A. (Coupe) axe.

B. Hélice.

C. Vis sans fin.

D. Tube.

E. Roue dentée de 50 dents portant l'aiguille P sur son axe C.

F. Roue dentée de 48 dents montée sur un canon F, qui porte le cadran mobile R 5 cadran fixe.

Fautes de dessin : la vis sans fin O devait être représentée parallèle à l'axe AA.

C'est à tort qu'on a mis les lettres AA aux extrémités de l'axe.

Banquet offert a l'armée d'Orient.

Le banquet offert par le corps médical aux médecins de l'armée et de la flotte d'Orient a eu lieu le 20 août, à l'hôtel du Louvre. La grande salle de cet hôtel, ornementée dans le goût des galeries de nos palais royaux, presque aussi vaste, étincelante de lumières, était traversée dans toute sa longueur par quatre tables de plus de cent couverts chacune, autour desquelles les broderies du costume militaire, les croix, les cordons, l'habit rouge anglais, le béret turc, rompaient de la façon la plus pittoresque les longues files d'habits noirs. Quatre-vingt-dix invités environ étaient reçus par près de quatre cents souscripteurs. On peut affirmer en toute assurance que, sans les froissements qui se sont produits au début de la souscription, et qui n'ont pas seulement jeté l'hésitation dans le corps médical, mais ont encore amené des embarras d'une autre sorte et de plus sérieux, on peut, disons-nous, affirmer que plus de six cents convives seraient venus prendre part à cette fête confraternelle; car, du moment où l'on a su que le banquet se ferait décidément, le mouvement de la souscription a pris une activité remarquable ; plus de cent confrères se sont présentés le dernier jour, quelques-uns trop tard pour être admis. On a vu avec plaisir au sein de la réunion ceux-là mêmes qui n'en avaient pas tout d'abord approuvé la pensée.

Au dessert, M. Paul Dubois, président de la Commission, a pris la parole pour exprimer les sentiments qui avaient conduit à cette manifestation une si notable partie du corps médical : pour rendre hommage au courage, à l'humanité, au talent de nos confrères de l'armée et de la flotte, pour adresser enfin un douloureux souvenir à ceux qui sont tombés sur le champ de bataille ou dans les hôpitaux, et appeler la sympathie sur leurs veuves et leurs enfants. Nous donnons ci-après ce discours, qui a été, presque à chaque phrase, interrompu par de vifs applaudissements, et qui le méritait bien par l'à-propos et par la forme élevée de la pensée. Le discours de M. P. Dubois se terminait par plusieurs toasts successifs, auxquels ont répondu tour à tour MM. Bégin, Jules Roux (de Toulon), Baudens, et deux médecins, l'un anglais, sir John Hall, l'autre turc, M. Sinapion. L'honneur de porter la parole au nom de l'armée de terre avait été offert à M. Michel Lévy, comme ayant rempli en Crimée les fonctions d'inspecteur; mais, par un louable sentiment, il avait prié qu'on reportât cet honneur sur M. Bégin, son ancien maître, et président du Conseil de santé des armées.

Voici le discours de M. Paul Dubois :

« Messieurs et chers confrères, lorsqu'au milieu de l'émotion la plus vive et la plus profonde, Paris vit rentrer dans ses murs les premières colonnes de notre armée victorieuse, une voix illustre et puissante rappela, dans un magnifique langage, qu'après les guerres heureuses de la République, le sénat et les consuls attaient aux portes de Rome recevoir leurs légions triomphantes. La fête qui nous rassemble ne saurait avoir le prestige de ces grands souvenirs ; mais elle tend au même but moral, elle a lieu dans les mêmes circonstances, elle est provoquée par les mêmes sentiments, et la table hospitalière à laquelle nos invités sont venus s'asseoir est le symbole modeste de ces anciennes et sympathiques ovations.

« Vous le savez, mes chers confrères, un double sentiment de reconnaissante admiration et de pieux patriotisme a inspiré la pensée de cette réunion confraternelle. Nous avons voulu féliciter et fêter ceux de nos confrères de l'armée et de la flotte d'Orient qui ont eu l'heureuse fortune de braver les dangers et de résister aux labeurs indicibles d'une guerre formidable et lointaine; nous avons voulu signaler à la haute estime et à la gratitude de notre pays l'humanité courageuse et habile dont ils ont donné tant de preuves.

« Mais un devoir plus impérieux encore nous était imposé : celui d'évoquer

le souvenir et de glorifier la mémoire de ceux de nos confrères qui, dans l'accomplissement de leurs fonctions périlleuses, sont tombés victimes de leur zèle et de leur dévouement. Vous avez répondu à notre appel avec un empressement digne de la noble profession à laquelle vous appartenez, des grands événements qui viennent de s'accomplir et de l'œuvre sainte à laquelle vous vous êtes si libéralement associés.

« Lorsque, pour assister à cette réunion solennelle, vous avez presque tous franchi de grandes distances, délaissé vos occupations et vos familles, vous ne vous êtes pas mépris sur le caractère et sur la portée de cette imposante manifestation; vous n'avez songé ni au choix de l'heure et du lieu, ni aux détails secondaires et insignifiants de la forme qu'elle revêtirait, vous n'avez eu qu'une pensée, celle de donner un grand et généreux exemple de patriotisme et de dévouement confraternel. C'est à l'expression de ces sentiments élevés que se sont associés les gouvernements de la Grande-Bretagne, de la Sardaigne et de l'empire ottoman, lorsqu'ils nous ont fait l'honneur de choisir pour représenter la médecine militaire de leur nation les hôtes illustres qui sont assis à nos côtés.

« Mais quelque éclatants que soient les témoignages de votre gratitude, ne craignez pas qu'ils puissent être supérieurs aux mérites que vous voulez honorer; nos confrères ont dû malheureusement donner l'exemple de tous les courages.

« Dans cette guerre de siége, l'ambulance était, pour ainsi dire, sur le champ de bataille; elle touchait à la tranchée, et là, protégés imparfaitement par des murs délabrés, confondus avec les bataillons accroupis dans la neige et dans la boue, à travers les balles et les obus, les représentants du corps médical veillaient jour et nuit, et quand sonna l'heure de l'attaque du mamelon Vert et de la tour Malakoff, le sang de plusieurs d'entre eux, blessés dans les colonnes d'assaut, se mêla à celui de leurs compagnons d'armes, et scella cette noble et suprême communauté.

« Mais le champ de bataille sur lequel se déployaient les qualités brillantes de nos soldats, l'intrépidité, la bravoure, l'ardeur impétueuse et irrésistible, le champ de bataille n'est pas le théâtre exclusif de tous les courages et de tous les dévouements; la force d'âme, le respect du devoir, porté jusqu'à l'héroïsme, se montrent souvent sur une autre scène, annexe douloureuse et inséparable du champ de bataille, l'hôpital.

« Aucun des fléaux qui naissent sous les pas des armées nombreuses, qu'elles traînent fatalement après elles, et qui les déciment sans relâche, aucun de ces fléaux n'a épargné notre armée d'Orient. Dans l'espoir de prévenir ou du moins de modérer, si cela était possible, les effets redoutables de cette calamité, une sage et active prévoyance créa des hôpitaux sur les hauteurs qui dominent Constantinople, et sur les rives du Bosphore et des Dardanelles. Des transports périodiques et nombreux de la Crimée les remplirent rapidement, et ces asiles de la souffrance et du courage malheureux devinrent en quelques jours des foyers pestilentiels. La conscience d'un péril dont ils connaissaient toute l'étendue n'ébranla pas un seul instant chez nos confrères la conscience du devoir. Ils le remplirent jusqu'à la fin avec la constance et l'abnégation des âmes fortement trempées. Beaucoup d'entre eux succombèrent, et tel est aujourd'hui le chiffre connu de ces glorieuses victimes, qu'il n'a d'égal dans aucun des corps d'officiers de l'armée d'Orient. Ces pertes sont cruelles, elles laissent des veuves et des orphelins dans un état voisin de l'indigence. Une loi, devant l'autorité de laquelle nous devons nous incliner, aurait pu adoucir ces situations regrettables; elle l'a fait incomplétement.

« Nous venons, mes chers confrères, d'honorer le corps médical de l'armée d'Orient dans la personne de ceux de ses membres distingués qui le représentent à ce banquet; après cet hommage éclatant et mérité rendu aux vivants, honorons utilement la mémoire des morts : nous ne le ferons jamais mieux qu'en soulageant, autant qu'il est en nous, les veuves et les orphelins qu'ils ont laissés sans fortune et sans appui. »

Après ce discours, M. le président propose les toasts suivants, qui reçoivent de l'assemblée l'accueil le plus cordial.

A la mémoire des médecins de l'armée et de la flotte d'Orient, qui ont glorieusement rempli leur devoir et sont tombés victimes généreuses de leur zèle et de leur dévouement!

A l'Empereur !

Sa sollicitude pour tout ce qui touche à l'honneur et au bien-être de l'armée ne s'est jamais démentie. Elle ne fut jamais plus prévoyante et plus active que dans cette guerre, qu'il a terminée par une paix glorieuse.

Puisse la médecine militaire lui devoir un jour le rang et les avantages que possèdent les autres hiérarchies de l'armée, et qui ne sauraient manquer de lui assurer la considération et le bien-être dont elle est si digne!

Puisse cette sollicitude bienveillante et généreuse ajouter son puissant concours à nos propres efforts pour le soulagement efficace des veuves et des orphelins que la mort de nos confrères a laissés sans appui!

A nos confrères de l'armée et de la flotte d'Orient! Par leur humanité habile, courageuse et infatigable, ils ont su mériter la haute estime et la reconnaissance de leurs concitoyens.

Aux membres du corps médical de la Grande-Bretagne, de la Sardaigne et de l'empire ottoman, qui nous ont fait l'honneur d'assister à ce banquet! L'union politique de ces puissances a fait notre force; que notre union confraternelle soit l'heureuse consécration de notre estime et de notre affection réciproques!

Le lendemain de la fête, les médecins militaires, représentés par une députation, ont été remercier M. Paul Dubois, président du banquet, et MM. les membres de la Commission.

M. Scoutetten, ancien médecin-chef des hôpitaux de Constantinople, a prononcé les paroles suivantes :

« Monsieur le Président,

« Les médecins militaires de l'armée d'Orient, reconnaissants de l'accueil bienveillant et chaleureux des médecins civils de Paris et de la France, ont voulu, avant de s'éloigner, vous exprimer leurs sentiments de reconnaissance et de parfaite confraternité.

« La fête que vous leur avez donnée, et que vous avez présidée avec une dignité qui en relève l'éclat, présente un caractère de grandeur et de noblesse qui frappe tous les esprits : n'écoutant que vos inspirations, vous avez voulu honorer des actes de courage, de dévouement ou de ferme résignation.

« Cette manifestation nous touche et nous élève ; personne mieux que nos pairs ne peut être juge de notre conduite ; et lorsque vous dites qu'elle a répondu aux sentiments qui vous animent vous-mêmes, la France vous croira, parce qu'elle sait que vous et vos collègues vous êtes des hommes de cœur et de haute intelligence. Aux bonnes et grandes pensées vous avez su allier les sentiments généreux ; personne n'a été oublié : présents et absents ont eu part à vos souvenirs et à ceux de MM. les membres de la Commission ; vous avez honoré les morts et vous voulez consoler les veuves et les orphelins.

« Cette sympathie touchante trouvera de l'écho ; les médecins civils et les médecins militaires s'uniront encore dans cet acte de pieuse confraternité, et bientôt des voix reconnaissantes s'élèveront pour remercier et bénir les amis des pères qui n'existent plus. Merci à vous, monsieur le Président. Merci à vous, messieurs les médecins civils, les annales de notre corps enregistreront soigneusement tous les faits de cette belle et bonne journée. »

Un concours pour deux places de médecins des hôpitaux civils de Lyon s'ouvrira le 27 février 1857.

MM. Guyon et Eugène Nélaton ont été nommés aides d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris.

M. Maisonneuve (Aug.-Alph.-Camille), chirurgien de première classe de la marine, est nommé médecin professeur.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Eléments des indications thérapeutiques,

Par M. le professeur FORGET, de Strasbourg.

Une maladie étant donnée, quels sont les moyens de la guérir? Tel est le problème fondamental de la pratique, telle est la fin de toute science médicale. Cette question se présentant chaque jour, à chaque pas, depuis l'origine de l'art, comment se fait-il qu'elle n'ait pas encore reçu sa solution définitive, sinon en fait, du moins en principe? Cela tient, n'en doutez pas, à ce que de tout temps on a cherché cette solution à la lueur de systèmes étroits, souvent exclusifs ; à ce qu'on a, par impuissance ou volontairement, négligé d'envisager les éléments de l'art dans leur vaste ensemble ; à ce qu'au lieu de permettre à tous les faits positifs de se produire avec leur valeur individuelle, nous avons refoulé dans l'ombre tous ceux qui ne cadraient pas avec les doctrines de nos écoles. Ecoutez, en effet, les réponses formulées par les systèmes rivaux :

Pour guérir, dit le vitalisme, il suffit de remédier aux aberrations du principe vital ;

Non pas, dit l'humorisme, c'est la crase des humeurs qu'il s'agit de modifier.

Erreur! dit le solidisme, ce sont les altérations des tissus qu'il faut corriger.

Ne voyez-vous pas, dit le chimisme, que ce sont les affinités normales qu'il est urgent de rétablir?

Eh non! ce sont les causes qu'il faut conjurer, dit l'étiologisme.

Puis arrivent, non moins exclusifs dans leurs prétentions, l'hippocratisme, le dynamisme, le microscopisme, que sais-je? produisant chacun à l'envi son point de vue personnel, en opposition flagrante avec tous les systèmes rivaux ; et c'est ainsi que depuis qu'il existe des médecins : *Deus tradidit mundum disputationi eorum.*

Or, on peut dire des systèmes ce qu'on a dit des hommes eux-mêmes : c'est qu'ils ne sont ni aussi mauvais ni aussi bons que leurs principes, lorsqu'ils en viennent à l'action. C'est-à-dire que, selon l'expression de Leibnitz, chacun d'eux renferme une part de vérité. Les vérités éparses dans les divers systèmes composent donc la vérité totale dont chacun d'eux n'exprime qu'un côté. Il en résulte qu'une saine philosophie doit tenir pour loi première de recueillir tous les faits réels et de respecter les différences réelles aussi qui les

distinguent ; ce qu'elle doit poursuivre avant tout, ce n'est pas l'unité, c'est la vérité.

C'est sous l'inspiration et l'invocation de ces principes que nous nous sommes placé pour aller à la recherche, j'allais dire à la conquête des véritables sources de la thérapeutique ; et, pour ce faire, nous n'aurons qu'à rester conséquent avec nous-même, c'est-à-dire fidèle à cette féconde et lumineuse doctrine des éléments positifs, que nous professons depuis longtemps avec moins de gloire que de succès ; car cette doctrine se généralise aujourd'hui d'une manière insensible mais flagrante, chacun sans doute s'imaginant l'avoir conçue, tant elle est conforme au bon sens. Mais qu'importe? nous accueillons cet assentiment tacite, cette approbation anonyme comme une de ces jouissances intimes qui naissent du pur sentiment d'une bonne action secrète ; certain que nous sommes aujourd'hui d'avoir bien fait, puisqu'au témoignage de notre conscience, nous pouvons joindre celui de la conscience de nos semblables.

En passant en revue les éléments de l'état morbide, considéré en général, nous allons voir, en effet, que tous apportent leur tribut à l'œuvre thérapeutique ; nous allons voir que la science appliquée n'est ni vitaliste, ni humoriste, ni solidiste, ni chimiste, etc., ou plutôt qu'elle est tout cela, selon l'occurrence ; et ce sera, non pas la dernière, mais la plus forte preuve en faveur de la réalité, de la solidité, de la nécessité même de nos principes.

Indications tirées de l'élément ÉTIOLOGIE. — « S'il est un axiome incontestable, c'est que la cause venant à cesser, l'effet doit disparaître, en conséquence de cet autre axiome trivial qu'il n'y a pas d'effet sans cause. » Ainsi disions-nous dans un travail consacré pourtant à faire ressortir l'infidélité de l'aphorisme : *sublatâ causâ tollitur effectus* (¹). C'est qu'il importe de s'entendre, et l'on s'entend fort peu sur la signification et la valeur de ce mot cause. Pour élucider cette thèse obscure, nous avons divisé les causes des maladies en trois catégories : Causes *hygiéniques*, *physiologiques* et *pathologiques*.

Les causes *hygiéniques* sont, jusqu'à un certain point, étrangères à la thérapeutique proprement dite, et relèvent plus essentiellement de la prophylaxie. Quoi qu'il en soit, c'est à elles principalement que s'applique l'aphorisme susdit. Mais, il faut le dire, les indications qui en découlent descendent au rang des banalités, par cette seule considération que le premier devoir du médecin est toujours d'écar-

(¹) Union médicale, 1854.

ter les causes hygiéniques, déterminantes et adjuvantes, en plaçant, autant que possible, le malade dans les conditions atmosphériques, diététiques et autres exigées par la maladie [1]. En outre, il est trop vrai que beaucoup de maladies suivent leur évolution, en dépit de la soustraction de la cause, et que d'autres guérissent souvent malgré la persistance des causes; sans compter les difficultés et les déceptions qui fréquemment environnent la détermination de l'étiologie. Quoi qu'il en soit, il est de précepte banal et vulgaire de prendre en considération pour le traitement les états anormaux de l'atmosphère : la lumière et l'obscurité, le chaud et le froid, le sec et l'humide, la variabilité, l'électricité, voire même l'ozône; puis les viciations par les effluves, les miasmes, les gaz, les vapeurs, les poussières; l'état endémique ou épidémique, les saisons, les climats, les localités, les habitations; puis les vêtements, la propreté, les cosmétiques. On n'aura pas moins égard à l'alimentation, aux boissons, à l'intempérance, à la disette; aux agents toxiques ingérés, aux venins appliqués ou inoculés. On s'enquerra des exercices, du repos, de la fatigue physique et morale, du sommeil, de la veille, des professions corporelles et intellectuelles, des habitudes, des mœurs, des passions. La richesse, la misère, les gouvernements, la religion, bref tous les éléments de la civilisation peuvent donner lieu aux indications les plus importantes. Voilà certes une belle part faite à l'étiologisme hygiénique; il serait beaucoup trop long, et parfaitement oiseux, d'articuler ici tous les préceptes qui découlent de toutes ces causes; il nous suffira de dire que ce sont elles particulièrement qui ont dicté l'aphorisme : *Contraria contrariis curantur*, dont il ne faut user qu'avec réserve, et dont l'application rigoureuse entraînerait souvent de fâcheuses conséquences.

Mais la médecine étiologique ne borne pas là ses prétentions, elle englobe aussi les causes *physiologiques* et constitutionnelles; malheureusement, ces causes sont encore plus difficiles à conjurer que les précédentes. Les principales sont les âges divers : enfance, adolescence, âge mûr et vieillesse; le sexe masculin ou féminin, la puberté, la menstruation, la virginité, le célibat, le mariage, la grossesse, l'état puerpéral, l'allaitement, la ménopause. Puis la constitution forte ou faible, les

[1] Naguère un écrivain spirituel exaltait la médecine étiologique et traitait fort dédaigneusement l'organicisme, sous prétexte qu'il avait découvert qu'une ophthalmie était entretenue par la fumée du local habité par le malade! (Gazette des Hôpitaux, 26 février 1856.) Ce fait et les conséquences pratiques qui en découlent sont des plus rudimentaires, et nous ne croyons pas qu'il autorise

« ni cet excès d'honneur ni cette indignité. »

tempéraments sanguin, lymphatique, bilieux, nerveux; la prédisposition, l'idiosyncrasie, etc. On comprend que si l'amovibilité de toutes ces causes était la condition *sine quâ non* de la guérison, une foule de maladies, que pourtant nous guérissons, seraient, de nécessité, mortelles. Mais le précepte général n'en subsiste pas moins.

C'est au sein des causes *pathologiques* ou morbides que la médecine étiologique rencontre le plus d'obscurités, d'incertitudes, sans compter les difficultés pratiques, l'insuffisance et les revers. Il suffit de rappeler l'hérédité, la congénialité, les diathèses occultes ou même patentes, les vices, les virus, les contages, les cachexies, les maladies antécédentes, puis l'immense série des altérations diverses des solides, des liquides, etc., envisagées comme causes de maladies subséquentes. N'oublions pas ce grave et mystique élément, la spécificité, et joignons-y, pour satisfaire tout le monde, les altérations supposées du prétendu principe vital. Telles sont les sources nombreuses, inépuisables, éternelles de nos dissensions journalières. Il n'en est pas moins vrai, qu'en principe, nous devons nous attacher à combattre les causes pathologiques, en tant qu'il est donné de les préciser et de les modifier.

« Un travail intéressant, disais-je encore dans mon *examen*, ce serait de récapituler les maladies dans lesquelles l'étiologie est d'accord avec la thérapeutique, comparativement à celles où la thérapeutique est non-seulement en désaccord mais en opposition formelle avec nos notions étiologiques... Ce travail mettrait en évidence le degré précis de valeur que comporte la médecine étiologique et les droits réels qu'elle peut avoir à s'ériger en doctrine générale. Il suffit d'un peu de réflexion pour pressentir que ce critérium limiterait singulièrement son domaine. »

Au point de vue pratique, les causes des maladies, en général, doivent être divisées en passagères et en permanentes; division d'où surgit, comme conséquence, cet axiome lumineux, à savoir : que *les causes permanentes*, externes ou internes, *sont à peu près les seules qui aient de l'importance en thérapeutique curative.*

Si nous considérons, d'autre part, 1° que l'étiologie est souvent obscure et décevante; 2° que nous manquons fréquemment des moyens de la conjurer; 3° que beaucoup de maladies survivent à l'impression de la cause; 4° que bien des maladies guérissent nonobstant la persistance des causes, etc., il en résulte que la médecine étiologique est essentiellement incomplète, c'est-à-dire que l'étiologie ne peut figurer que comme élément partiel, éventuel, parmi les sources des indications thérapeutiques.

Indications tirées de l'élément SYMPTOMATOLOGIE. — Nous voici sur le terrain favori des doctrines belligérantes, car, dès l'abord, nous rencontrons les symptômes *organiques*, ou l'anatomie pathologique qui comprend le solidisme, l'humorisme, le chimisme, voire même le microscopisme, sans parler des impondérables, toutes doctrines qu'il convient de synthétiser sons le titre légitime d'*organicisme*, tandis que les symptômes fonctionnels relèvent plus spécialement du vitalisme et de ses dérivés.

Quel que soit le vertige qui, à certaines époques, s'est emparé des têtes médicales, il est à tout jamais impossible de faire abstraction des organes (solides et liquides), comme source partielle mais positive, indéclinable de nos déterminations thérapeutiques. Nous ne pouvons ni ne voulons instituer ici un nouveau plaidoyer en faveur de l'organicisme. Tout a été dit, pour et contre, dans ce litige dont le verdict relève de nos convictions intimes, du plus ou moins de rectitude de nos idées et trop souvent des calculs de l'intérêt. A nos yeux, c'est une question de sens commun, et il n'est pas de métaphysique qui puisse prévaloir contre le bon sens. Si la médecine est fille de l'expérience et de l'observation, où puisera-t-elle ses conditions d'existence réelle, si ce n'est dans l'étude des éléments soumis à l'investigation immédiate des sens, dans l'appréciation des objets qu'il nous est donné de pouvoir scruter directement dans leurs caractères incontestables (1) ? Au demeurant, il y a là, nous en sommes convaincu, un malentendu, une pure logomachie entre les dissidents. Nous avons démontré ailleurs que toutes les doctrines sont plus ou moins organiciennes, bon gré, mal gré, sans le savoir et sans le vouloir (2). Il est vrai qu'au moyen d'une tardive parodie on a retourné l'argument contre l'organicisme et prétendu que sous son épiderme gît aussi le vitalisme (3). Eh bien ! soit : ainsi tout est pour le mieux, car c'est aussi ce que nous prétendons, sauf explication cependant, ainsi qu'on le verra. Disons pourtant ici que si l'une des deux doctrines recèle plus de consistance et plus d'éléments de pérennité que sa rivale, c'est certainement l'organicisme ; car enfin, on peut, à la rigueur, contester, nier même le principe vital, tandis qu'il est impossible de nier les organes. L'organicisme est un fait

(1) Ce point de la question a été très-habilement exposé par M. le docteur Hagen, dans la Gazette médicale de Strasbourg de janvier 1856.

(2) De l'organicisme comme doctrine présente et permanente (Gazette des Hôpitaux, 1854). Voir aussi : De la généralité et de l'unité de la maladie (Union médicale, 1855).

(3) Union médicale, 10 janvier 1856.

réel, immuable, le vitalisme est une hypothèse arbitraire et transitoire. Or, comme l'a dit Platon : « Il n'y a point science de ce qui passe. »

Donc les vitalistes eux-mêmes ont forcément égard à l'état des organes et sont obligés de s'adresser à eux, ne fût-ce que comme intermédiaire, pour arriver au principe vital. Et ce n'est pas une des moindres singularités de notre époque de voir, par exemple, un honorable académicien proclamer du haut de la tribune la suprématie et l'indépendance du principe vital, et publier simultanément un travail sur la substance grise du cerveau comme *siége commun de l'intelligence, du sentiment et du mouvement* [1]. Cabanis est dépassé, car lui, du moins, attribue ces facultés à la masse entière de l'encéphale. On dit bien, pour se mettre en règle avec l'orthodoxie, que la substance grise n'est que l'instrument du principe vital, l'ouvrier véritable. Singulier instrument, qui domine et tyrannise l'ouvrier; singulier ouvrier, forcé de subir toutes les modifications matérielles de l'instrument! Passons sur ces bizarreries de l'esprit humain.

Donc, c'est quelque chose pour tout le monde que l'inflammation, l'hémorrhagie, l'hydropisie, le tubercule, le cancer, etc., tout contestables qu'ils soient quant à leur génèse et à leur composition moléculaire. Ce sont pour tous de grandes réalités cliniques, pour tous des sources incontestées d'indications majeures. Il est vrai que l'on nie l'irritation, tout en admettant des causes irritantes, et que l'on répudie l'inflammation, tout en usant des antiphlogistiques; mais, en somme, on rend hommage à l'organisme par le fait, tout en le réprouvant en principe. Car il est impossible de prescrire le moindre topique sans faire implicitement de l'organicisme ; et, de toutes les sources des indications thérapeutiques, celle-ci est, sans contredit, la plus large et la plus nécessaire.

Mais l'organicisme est une doctrine complexe; bien qu'une de nos logomachies les plus familières soit de le confondre avec le solidisme pur, ou ce qu'on appelle l'anatomisme, lequel n'en est qu'une branche.

Eh bien! le solidisme absolu n'est-il pas fréquemment l'objet et même la base unique d'une foule d'indications ? Ne répétez-vous pas chaque jour que la *mécanique* est admirable, que les os, les muscles, les nerfs, les vaisseaux, les viscères sont de merveilleux *instruments?* Or, si cette mécanique se dérange, si ces instruments s'al-

---

(1) Union médicale, 1855-56.

tèrent, comment ferez-vous pour les réparer? Le solidisme n'est-il pas le substratum effectif de la chirurgie presque tout entière? Les luxations, les fractures, les hernies, les tumeurs de toute espèce, les blessures de tout genre, et les moyens d'y remédier, tels que la réduction, la coaptation, la compression, la dilatation, l'incision, l'extirpation, la réunion, la ligature, la cautérisation, etc., est-ce autre chose que le solidisme en action? Vous dites, assez faussement, du reste, que l'organisme est en lutte avec les agents extérieurs. Or, que font les agents extérieurs, si ce n'est de gêner, d'altérer les organes? Et comment conjurer les agressions autrement que par des moyens mécaniques et physiques comme ces causes et leurs effets? Que les lésions des solides résultent souvent des altérations des humeurs, voire même de ce que vous appelez les forces vitales, et qu'il faille alors modifier les solides par les forces ou les humeurs, c'est un fait rationnel et incontestable; mais combien d'altérations primitives, idiopathiques, portant leur indication en elles-mêmes? Et combien d'altérations des solides, même secondaires, qu'il convient d'attaquer localement, par des moyens médicaux aussi bien que chirurgicaux, par les émollients, les astringents, les altérants, aussi bien que par le fer et le feu? Ne sont-ce pas là des vérités triviales?

(*La suite à un prochain numéro.*)

Des accidents produits par les ascarides lombricoïdes et de leur traitement,

Par M. le docteur Henri Anciaux.

La présence d'animaux parasites dans les voies digestives de l'homme détermine des accidents qui ne sont pas tous connus et qui sont souvent négligés par les praticiens. Depuis deux ans que je pratique la médecine à la campagne (en Belgique, province du Brabant), j'ai été frappé du nombre prodigieux d'individus qu'on y rencontrait, portant des ascarides lombricoïdes ou le ténia, et des accidents variés que ces parasites faisaient naître dans l'économie. J'ai eu soin de recueillir les observations qui se sont offertes à moi, ayant quelque intérêt médical; ce sont quelques-unes d'entre elles, accompagnées des déductions pathologiques qui en découlent, que je soumets aujourd'hui à mes confrères.

Le changement que présentent les lieux, le régime si différent de celui des villes exigent que j'en dise préalablement un mot. Je ne parlerai ici que de la topographie, me réservant de parler du régime un peu plus loin.

J'habite une partie fertile et populeuse de la Belgique, située dans le bassin de l'Escaut. La ville de Wavre où je réside se trouve dans le petit bassin de la Dyle, c'est-à-dire dans une vallée largement ouverte au nord. Mon observation s'étend bien au delà et s'étend dans les villages qui occupent les plaines centrales du Brabant-Wallon. L'altitude de ces lieux varie sensiblement; elle va à des distances très-rapprochées de 40 à 80 mètres au-dessus du niveau de la mer. Cette différence, minime si l'on veut, est pourtant déjà marquée par des variations bien sensibles dans le développement des maladies, différence qui tient aussi à l'effet du courant d'air, etc. Il est vrai encore que le sol, sablonneux dans les lieux bas, est au contraire argileux dans les plaines.

Depuis quelques années, la Belgique s'est vivement ressentie de l'altération et du désordre des saisons; l'ensemençage des terres s'y fait avec difficulté et la récolte ne s'effectue souvent que par des pluies torrentielles. Les grains sont donc de moindre qualité, leur rendement est notablement diminué. Ces localités, autrefois couvertes de forêts, ne sont plus aujourd'hui qu'une vaste plaine; ce qui restait est tombé, à bien peu de chose près, sous la cognée du laboureur, qui a livré le sol à l'agriculture. Depuis quinze ou vingt ans que cet état de choses existe, le pays est plus humide, et le déboisement dans plusieurs endroits a été suivi de fièvres typhoïdes graves. Çà et là maintenant on voit les coteaux impropres à l'agriculture recouverts de sapins dont la masse compacte et immobile agite peu l'air et contribue peu à son assainissement. Tel est, en peu de mots, le pays où j'ai recueilli mes observations.

Les vers intestinaux offrent plusieurs espèces. Je n'aurai en vue, dans ce travail, que le lombric, espèce la plus fréquente, et qui exerce parfois des ravages bien fâcheux. Les différentes circonstances où cet être nuisible se développe sont encore inconnues aux médecins, ou au moins ils les apprécient différemment. En effet, les uns accordent une large part à l'assimilation incomplète des matériaux nutritifs surabondants; d'autres voient dans l'âge une disposition toute spéciale, sans tenir assez compte des circonstances extérieures en relation avec lui; quelques-uns, en notant soigneusement le froid humide, ont passé sous silence d'autres influences physiques dont l'action ne peut pas être niée.

On a aussi, en donnant aux fruits une importance d'ailleurs méritée, négligé certaines substances d'un usage alimentaire journalier.

Je parcourrai, dans les lignes qui vont suivre, chacune de ces causes, et je tâcherai de faire voir dans chacune d'elles un même

mode d'action dans le mécanisme de l'organisation helminthique; en généralisant le fait, j'embrasserai un champ de développement plus vaste, et j'arriverai ainsi peut-être plus près de la vérité.

Nous ne nous arrêterons pas à ces causes seulement, car accableraient-elles ensemble un même individu, qu'elles seraient encore impuissantes pour faire sortir de leurs efforts combinés une génération d'helminthes; il en faut donc une autre, c'est une cause organique ou vitale. L'être organisé doit être dans une condition propice pour que le développement parasitique ait lieu en lui et que les helminthes se maintiennent dans son économie.

L'homme est omnivore; sa nutrition exige cependant que ses matières alimentaires aient certaines qualités propres, c'est-à-dire qu'elles contiennent des principes assimilables ou protéiques et des matériaux respiratoires ou combustibles.

Il est difficile d'assigner la quantité de substances nutritives suffisante que l'homme doit ingérer pour soutenir sa vie et pouvoir se livrer aux travaux corporels.

Cependant on peut prendre pour point de comparaison la somme des matériaux consommés par le cavalier français, qui ingère en pain, viande et légumes, un total de 1,550 grammes, qui contiennent un chiffre convenable de principes réparateurs.

Si l'on rapproche le régime du paysan de celui-ci, on y trouvera une énorme différence; il est d'ailleurs bien entendu que je ne parle ici que des paysans pauvres, chez qui j'ai particulièrement recueilli mes observations. Leur nourriture se compose presque exclusivement de substances féculentes, ils font rarement usage de viandes; ils consomment, il est vrai, à de rares exceptions près, un peu de lait, qu'ils mêlent à leur café et qu'ils font même intervenir dans l'assaisonnement des pommes de terre, dont ils font un grand usage. Le peu de beurre, de graisse ou de caséum dont ils recouvrent leur pain de seigle ne suffisent pas pour constituer une alimentation convenable. La somme de matières qu'ils ingèrent est plus grande que celle prise par le militaire français, mais elle est loin de compenser le déficit des aliments azotés qui existe dans leur régime.

On a considéré le pain noir contenant beaucoup de son comme parfaitement réparateur : ce fait, avancé par Millon et par M. Lévy, peut être vrai; mais, pour cela, il faut qu'il ait des qualités que n'offre pas, en général, celui de nos campagnards.

Depuis quelques années surtout, le seigle a été, à l'époque de sa maturité et de sa moisson, exposé à de fortes pluies, qui, sans aucun doute, altèrent ses propriétés nutritives.

Le pain que l'on en fait reste mou, pâteux, pesant, et de difficile digestion. Le pain qui provient d'une farine trop hydratée exige une cuisson plus longue et plus soutenue. Les paysans de nos localités, pouvant disposer de fort peu de bois, n'élèvent pas assez le degré de chaleur de leur four; ils y laissent ensuite une quantité trop minime de braises incandescentes pour que l'action du feu se prolonge suffisamment. Le défaut général de cuisson et l'hydratation trop grande leur donnent un pain presque toujours détestable. Les féculents restent peu dans le tube digestif; mais le pain, fait dans de telles conditions, reste moins encore, et provoque toujours une irritation sécrétoire qui affaiblit l'appareil de la digestion.

Les pommes de terre, cultivées presque partout dans des terrains argileux, le plus souvent humides, sont aqueuses, se cuisent mal, et offrent les mêmes défauts.

L'enfant et la femme de l'ouvrier se trouvent dans une pire condition encore que le travailleur. La meilleure part du pauvre repas est réservée au chef; mais celui-ci a un autre élément de bien-être, c'est la jouissance de modificateurs physiques dont l'action est incontestable.

J'ai fait la remarque importante, dit M. le professeur Bouchardat, que l'habitant des campagnes, exposé au grand air, au soleil, aux rudes travaux des champs, utilisait infiniment mieux les féculents que l'habitant des villes.

Cette remarque doit s'appliquer particulièrement au travailleur qui reçoit la somme entière des bienfaits d'un air pur, qui active toute son économie, unissant son action stimulante à celle des efforts musculaires répétés qu'exige son travail. La femme et l'enfant, plus souvent occupés des soins du ménage, restent dans leur habitation, presque toujours malsaine; aussi voit-on, chez eux, la nutrition moins active, l'assimilation imparfaite, des dérangements plus fréquents des voies digestives, et une plus grande fréquence de vers intestinaux.

La surabondance des sucs fournis par la muqueuse, la mauvaise qualité des substances organiques ingérées, l'affaiblissement de l'appareil digestif, telles sont les conditions, dans ce cas, de la production de ces animaux parasites.

L'air humide agit d'une manière toute spéciale pour déterminer la prédisposition au développement helminthique dans l'économie. Son action est double : d'abord, elle se fait sentir sur les matières alimentaires premières; elle agit ensuite, en portant directement sur le corps son influence morbide. L'air humide peut être chaud

ou froid, mais, quel qu'il soit, son action déterminante existe, quoiqu'il paraisse, d'après les auteurs, que l'humidité froide ait une influence plus marquée.

L'air chaud et humide exerce sur l'ensemble des fonctions une action débilitante ; il émousse l'appétit, il ralentit les élaborations digestives.

Les contractions du cœur sont faibles, le pouls moins vif, moins fréquent ; la circulation capillaire est languissante et favorise les hyperhémies passives des organes ; la respiration s'exécute péniblement ; le sang artériel semble moins vivifiant ou se renouvelle dans une proportion insuffisante.

L'action du froid et de l'humidité est essentiellement perturbatrice de l'ordre naturel des mouvements organiques, et, quand elle sévit d'une manière habituelle, comme il arrive dans de certaines localités, elle finit par altérer l'hématose et la complexion des tissus ; elle développe alors une condition organique, qui préside aux affections catarrhales, scorbutiques, rhumatismales, vermineuses, aux engorgements des viscères (M. Lévy). Cette prédisposition, caractérisée par la faiblesse des voies alimentaires, par la transpiration intestinale surabondante, est mise en jeu dès qu'il s'y joint une nourriture insuffisante, ou bien une nourriture trop féculente, et le développement helminthique ne tarde pas à se faire.

Les fruits ne nuisent que par défaut de maturité ou par un usage immodéré. Les fruits que mangent les enfants de nos campagnards sont rangés parmi les sucrés-aqueux par les hygiénistes ; ils en mangent ordinairement en trop grande quantité, et sans être mûrs. Les fruits sont peu réparateurs, sollicitent activement la muqueuse intestinale, et ils restent peu dans le tube digestif. Leurs qualités nuisibles vont au delà de l'affaiblissement des fonctions nutritives ; en effet, les enfants qui en mangent outre mesure ont une espèce de répulsion pour toute substance réparatrice. Chez les personnes aisées, on voit les enfants refuser la viande et se nourrir presque exclusivement de tartines et de fruits. Ces circonstances donnent, encore une fois, toute chance à une apparition vermineuse, et c'est ce qui a toujours lieu.

L'enfant destiné à un accroissement rapide vit presque exclusivement pour manger ; sa circulation artérielle est accélérée, l'hématose doit être aisément accomplie, ou bien toutes les fonctions languissent avec elles. Le travail incessant d'organisation explique chez lui la prédominance des fluides sur les solides, et la disposition de toutes les surfaces à sécréter avec abondance. C'est à ce fait qu'il faut

particulièrement s'attacher, lorsqu'on étudie l'influence de l'âge sur la production des entozoaires; car il est certain, et cela est admis d'ailleurs par des praticiens éminents, et entre autres par M. Piorry, que la présence des liquides abondants dans le tube digestif favorise la formation et le développement des vers (Traité de médecine); mais il faut aussi tenir compte d'autres particularités, qui agissent spécialement sur l'enfant; je veux parler des soins de propreté et des agents extérieurs.

Les pauvres ouvriers des campagnes peuvent donner peu de soins à leurs enfants. Il est incontestable que les bains, le linge propre souvent renouvelé, tonifient la peau, procurent un bien-être général auquel participent les fonctions digestives; la malpropreté, le linge rarement renouvelé, engendrent la vermine et un état de langueur de toute l'économie. L'action d'une atmosphère débilitante peut se faire sentir avec vigueur sur leur corps, recouvert ordinairement de vêtements déchirés. L'air de leur chaumière insalubre est corrompu et ne peut exercer sur eux une action vivifiante. La muscularité, ne pouvant pas être mise en jeu par les travaux des champs, exerce peu d'influence sur l'énergie des actes digestifs. Dès que l'enfant abandonne la mamelle et entre dans la vie commune, l'apparition des parasites intestinaux se manifeste, et leur existence se continue jusqu'à une époque où l'enfant, devenant adolescent, se livre à des travaux, au grand air, et reçoit, avec les rayons bienfaisants du soleil, un oxygène pur, qui stimule les actes fonctionnels de toute son organisation et lui donne une existence nouvelle.

On a généralement mis assez peu d'ordre et beaucoup de doutes dans les symptômes produits par la présence des vers intestinaux dans les voies digestives.

Il y a cependant beaucoup de personnes qui reconnaissent la nécessité d'étudier la symptomatologie helminthique, autrement qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, et qui lui accordent l'importance qu'elle mérite; les médecins des campagnes et ceux qui habitent le Nord sont particulièrement de ce nombre; c'est leur observation journalière qui les a menés à cette manière de voir.

Le défaut de coordination dans l'étude des symptômes et de l'étiologie, le peu de soin et d'attention que les médecins des campagnes ont apporté en général dans cette question, qui leur incombe particulièrement, ont peut-être contribué à maintenir le scepticisme des uns et à faire naître le doute des autres à cet égard.

Lorsqu'on lit les traités de pathologie, on remarque que leurs

auteurs ont insisté soigneusement sur les différentes faces de l'évolution des maladies. Les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, le choléra, etc., ont eu leurs caractères nettement décrits, suivant la marche que le mal affectait ; on a reconnu les prodromes, l'invasion, l'état ; on a étudié l'étiologie, et de là on a été mené au traitement. Cette manière d'étudier, si vraie, parce qu'elle est naturelle, aurait dû être appliquée aux phénomènes morbides produits par les vers intestinaux, et la pratique y aurait certainement beaucoup gagné, car il n'est pas douteux que ce fait doive avoir un grand retentissement sur la thérapeutique, qui est trop souvent livrée au hasard, quand l'ordre n'est pas établi dans la symptomatologie.

Les différences morbides présentées par divers sujets nous autorisent à classer les phénomènes qu'ils présentent, et ce classement est nécessaire pour faire une étude véritablement utile.

Si l'on suit pas à pas l'enchaînement successif de ces phénomènes, on reconnaîtra d'abord que chaque individu présente une disposition helminthique qui a ses caractères propres, quoiqu'il soit difficile de dire où elle finit et où commence le second état, celui que j'appellerai *helminthique*, et qu'on pourrait nommer aussi *helminthie*. Celui-ci est quelquefois suivi d'un autre état, dont les auteurs ont peu ou n'ont point parlé, c'est une espèce de dépérissement général ou de cachexie vermineuse (*helminthisme*), à laquelle mène un travail d'affaiblissement continuel.

Ces jalons une fois posés, je vais entrer en matière, et donner à chacune des périodes de l'évolution ses caractères propres, travail difficile pourtant, mais que je tâcherai d'accomplir, en prenant l'observation pour guide.

Disposition helminthique.—Dès que l'une ou plusieurs des causes que nous avons mentionnées agissent sur l'économie humaine, celle-ci revêt, après un temps toujours variable suivant le degré d'énergie de résistance des individus qui y sont soumis, une manière d'être spéciale qui se caractérise d'abord par une hypersécrétion de la muqueuse intestinale et par un affaiblissement du tube digestif. Cet état, soit qu'il se manifeste chez l'homme adulte (ce qui est rare), soit chez la femme (ce qui est très-fréquent dans nos campagnes, chez les pauvres), soit chez l'enfant (ce qui est l'ordinaire), s'accompagne de légers accidents, qui passent souvent inaperçus pour les médecins ; ce sont : des éructations de matières acides, la diminution de l'appétit, du gargouillement intestinal, des selles souvent glaireuses, chargées parfois d'écume, et ne laissant jamais apercevoir de traces d'entozoaires. Cette diarrhée entraîne après elle la pâ-

leur, qui disparaît quelquefois pour faire place à la coloration qui s'efface bientôt. La langue se charge d'un enduit blanchâtre, quelques coliques passagères se font sentir ; chez les enfants, il y a la nuit un peu d'agitation fébrile ; le repos cependant assez souvent se maintient, l'enfant continue ses jeux, mais quelquefois il n'y trouve plus d'agrément ; ses désirs sont variés, son humeur changeante ; il est sous l'influence d'une organisation nouvelle qui s'accomplit en lui.

Si l'on suit cet état de choses, on reconnaîtra le changement que subissent quelques-uns de ces phénomènes. La pâleur augmente, ne disparaît presque plus, la vivacité des yeux se flétrit, ils s'enveloppent d'une auréole d'un bleu obscur ; l'appétit revient ou semble revenir. Les diarrhées disparaissent ; la langue, qui était blanche, reprend une couleur naturelle et est revêtue d'une mucosité abondante ; l'observateur seul trouve sur cette langue, miroir d'ailleurs fort trompeur, quelques signes qui le mettent sur la voie de ce qui se passe dans le tube digestif. Les parents peu soucieux et fort ignorants, ou les adultes, si ces phénomènes existent chez eux, croient, en voyant cesser l'entérorrhée, qu'ils sont rétablis ; ils mangent ; on ne se plaint plus, ce qui s'est passé antérieurement est oublié pour eux.

De nouveaux symptômes se révèlent cependant, mais avec une lenteur obscure ; c'est quand ils sont à leur apogée qu'on appelle le médecin.

Etat helminthique proprement dit ou helminthie. — Les symptômes de l'helminthie sont de différentes sortes : les uns sont constants, les autres fréquents, quelques-uns sont exceptionnels.

C'est parmi les premiers qu'on doit chercher les signes caractéristiques de la présence des vers intestinaux, mais ils sont constamment subordonnés aux causes, et ce n'est qu'après avoir apprécié l'existence de celles-ci, qu'on doit tenir compte de ceux-là, et que leur valeur est réelle.

Symptômes constants. — Le ventre est ballonné, les parois en sont fortement tendues ; il se dirige quelquefois en forme de cône en avant et en bas, quelquefois il est fortement proéminent, mais arrondi.

L'ombilic est saillant ; la région qui l'entoure est sonore à la percussion.

Lorsqu'on saisit le ventre dans la main, on perçoit une sensation caractérisée par une élasticité fort inégale.

Il y a décoloration de la face et de la peau de tout le corps ; les yeux sont enfoncés, ternes et cernés.

Il y a une modification ou une irritabilité nerveuse constante; mais, protée aux mille formes, elle échappe soit aux parents, soit au médecin qui croit la saisir: tantôt ce sont des entéralgies variables encore dans leur manifestation; tantôt c'est un peu de fièvre avec une toux sèche; tantôt de la céphalalgie se répétant fréquemment; tantôt de la colère, qui contraste avec la douceur habituelle du caractère; tantôt enfin le sujet est triste; on le trouve parfois isolé, les yeux fixes, la main portée au nez, qu'elle agace par un mouvement continuel du pouce et de l'index.

Symptômes fréquents. — Je placerai en première ligne l'expulsion de lombrics avec les matières fécales. Malgré l'opinion des hommes éminents, tels que Bremser, MM. Cruveilhier, Bouillaud, Piorry, Grisolle, etc., etc., je regarde ce signe comme dénotant fréquemment l'état vermineux, mais je ne le considère point comme un caractère physique positif des helminthes; car ceux qui sont rejetés peuvent être les seuls qui soient dans l'économie; dans ce cas, leur présence dans la masse fécale ne fait qu'indiquer leur séjour antérieur dans les voies alimentaires, et ils peuvent bien y être, sans avoir produit l'état helminthique; leur disparition est alors l'annonce de la cessation de la disposition ou de l'état lui-même qu'offrait l'individu qui les a rejetés.

Il arrive assez souvent aussi que des enfants rongés par de nombreux lombrics n'en rendent aucun, ou que ces derniers échappent à l'attention des parents. L'expulsion ne doit donc pas être considérée comme un caractère certain de la présence actuelle des vers dans le tube digestif, ou qu'on doive attendre pour baser et formuler un traitement anthelminthique; et, quand on le possède, ce n'est qu'une indication fort douteuse, si l'on n'a point d'autres symptômes.

Un autre symptôme de cette catégorie est l'irritabilité des muqueuses, accompagnée de supersécrétion. La respiration laisse entendre un râle sibilant ou ronflant, qui se remarque surtout pendant le sommeil, et qui attire toujours l'attention des parents; ceux-ci viennent alors nous consulter pour ce prétendu rhume auquel nos sirops, nos pâtes, nos soins hygiéniques, n'apportent point de soulagement.

L'un des phénomènes qui présentent le plus de variabilité est l'état des selles; en effet, tantôt elles sont liquides, multiples en un jour, tantôt elles ne se répètent point et sont dures.

L'abondance des mucosités de la bouche, l'état vermeil de la langue, la soif, varient avec cet état et lui sont liés.

L'appétit est variable et capricieux. Il y a quelquefois des tiraille-

ments d'estomac, des pincements, des resserrements ; quelquefois il y a aussi vomissement et rejet d'helminthes.

Les phénomènes présentés par les yeux sont aussi importants à noter : la pupille se dilate fréquemment, et ce qui se voit souvent c'est une cornée miroitante, réfléchissant les rayons lumineux, phénomène qui donne à l'œil une expression toute particulière.

Le sommeil est ordinairement paisible, mais assez souvent l'enfant, pendant sa durée, fait entendre des claquements ou des grincements de dents.

Symptômes exceptionnels ou moins fréquents. — Les symptômes de cette catégorie sont très-curieux et très-importants à étudier, car ce sont ceux qui déroutent le plus souvent le praticien. Ils semblent, au premier abord, devoir être rattachés à d'autres causes que les vers ; cependant ils sont sous leur dépendance, car ils disparaissent avec eux. Ceux de ces symptômes que j'ai le plus souvent observés sont : 1° l'héméralopie, 2° la syncope, 3° la surdité, 4° la migraine, 5° les obstructions de l'intestin, 6° les hémorrhagies mortelles, 7° les convulsions, etc. (*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement abortif des bubons vénériens suppurés,

Par M. Paul Broca, professeur-agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Lorsqu'on étudie le développement des bubons vénériens, on est conduit à reconnaître deux périodes successives dans l'évolution de cette affection.

Dans la première période, on sent à travers la peau une ou plusieurs tumeurs, modérément douloureuses, petites, dures, globuleuses, parfaitement circonscrites, libres d'adhérences, et, lorsqu'il y en a plusieurs, bien distinctes les unes des autres. Le tissu cellulaire environnant est à peu près sain ; chaque noyau d'engorgement est constitué par un ganglion lymphatique gonflé, enflammé, induré en même temps que friable, creusé enfin à sa partie centrale d'une petite cavité pleine de pus. Celui-ci n'est pas encore à l'état liquide ; il se présente sous l'apparence d'une matière jaunâtre, épaisse, comme gélatineuse, comparable pour la consistance aux crachats épais de certaines bronchites, et ne se laisse ni dissoudre ni diluer dans l'eau.

Dans la seconde période, l'engorgement devient plus considérable et beaucoup plus douloureux; il est diffus, mou, fluctuant; le tissu cellulaire est en pleine suppuration; la peau est soulevée, tendue, amincie, décollée, rouge ou violacée; si on l'incise, on pénètre dans la cavité d'un abcès chaud, plus ou moins anfractueux et contenant du pus tout à fait semblable au pus phlegmoneux ordinaire.

Il résulte de là que dans l'origine les ganglions lymphatiques sont seuls attaqués, et que plus tard l'inflammation suppurative se propage aux parties environnantes.

C'est cette propagation qui est la cause des principaux accidents du bubon. Avant de s'ouvrir une voie vers l'extérieur le pus a le temps de ravager le tissu cellulaire, de former des fusées et de décoller au loin la peau. Lorsque le foyer est ouvert, spontanément ou artificiellement, il ne se referme, dans le plus grand nombre des cas, qu'avec une grande lenteur. Une suppuration abondante s'établit; la peau amincie s'ulcère au lieu de se recoller. La cicatrisation, en moyenne, n'est achevée qu'au bout de trente à quarante jours, et très-souvent il reste une ouverture fistuleuse, qui ne se referme que beaucoup plus tard. Enfin le malade conserve pendant toute sa vie une cicatrice plus ou moins étendue, souvent gênante, et toujours accusatrice.

La gravité et la durée du bubon s'accroissent encore dans les cas malheureusement très-fréquents où le pus ganglionnaire est virulent, car alors toute la cavité du grand abcès se transforme en un énorme chancre qui suppure toujours fort longtemps et qui peut même devenir phagédénique.

Ces divers accidents appartiennent à la seconde période du bubon. Ils résultent de la lésion du tissu cellulaire et de la peau, bien plus que de celle des ganglions. Ce sont des complications qui ne font pas essentiellement partie de la marche du bubon, et qui ne surviendraient pas s'il était possible de mettre le tissu cellulaire à l'abri de la propagation de l'inflammation suppurative dont les ganglions sont le point de départ.

Les chirurgiens ont souvent cherché à prévenir ces complications, et ont mis en usage des moyens tellement infidèles, que presque tout le monde a fini par y renoncer. Les vésicatoires, les sangsues, les frictions plus ou moins résolutives, les cataplasmes, la compression, ne réussissent que rarement, et il est aisé de comprendre pourquoi. Ces moyens pourraient être efficaces s'il s'agissait de combattre une inflammation phlegmoneuse ordinaire; mais ici il y a une cause qui doit presque toujours les faire échouer: c'est la petite collection purulente et souvent virulente qui existe au centre de chacun des

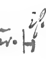
ganglions engorgés, et qui, quoi qu'on fasse, tend à s'accroître et à s'ouvrir dans le tissu cellulaire.

Certes on a vu plus d'une fois, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, le pus des abcès de petit volume disparaître complétement par absorption. Mais tout le monde sait que cette terminaison heureuse est très-exceptionnelle, et ce n'est pas sur une éventualité aussi douteuse qu'on peut faire reposer le traitement du bubon.

C'est ce que la plupart des chirurgiens ont reconnu. Aussi se borne-t-on généralement à appliquer des cataplasmes, jusqu'au jour où l'abcès périganglionnaire est bien développé, et où la fluctuation est évidente; c'est alors seulement qu'on fait intervenir les moyens réellement chirurgicaux, et ici les praticiens sont loin de s'entendre. Les uns donnent la préférence aux grandes incisions, qui ont l'avantage de mettre un terme au décollement; les autres, cherchant surtout à éviter les cicatrices trop apparentes, se contentent de faire plusieurs petites ponctions. Cette dernière méthode atteint quelquefois son but; mais elle ne diminue ni l'abondance ni la durée de la suppuration; en outre, il arrive souvent que le décollement continue à faire des progrès, ou que les ponctions, pratiquées sur une peau amincie, s'ulcèrent, s'élargissent, et finissent par se réunir, en donnant lieu à une large plaie qui laisse une grande cicatrice. Somme toute, les ponctions multiples me paraissent un peu meilleures que les grandes incisions, mais la différence est légère, et je conçois très-bien qu'il soit permis d'hésiter.

Les ponctions sous-cutanées de MM. J. Milton et South, le séton filiforme de M. Bonnafont valent peut-être mieux que les méthodes précédentes, mais ne les ayant jamais vu appliquer, je ne puis en parler avec connaissance de cause.

M. Jules Roux, M. Marchal (de Calvi), plus tard MM. Abeille, Bertherand, Boinet, Marmy, plus récemment enfin MM. Noguès et Perrin ont mis en usage une autre méthode, qui mérite une sérieuse attention. Le bubon étant vidé par une ponction étroite et unique, on pousse dans l'intérieur de l'abcès une injection de teinture d'iode affaiblie par l'addition d'un ou deux volumes d'eau. Cette injection peut être répétée plusieurs fois à quelques jours d'intervalle, ou même seulement à vingt-quatre heures d'intervalle. Il arrive souvent que le contact de l'iode modère avantageusement les parois de l'abcès, arrête le décollement et modifie la suppuration. La guérison se trouve alors notablement accélérée, et, sur les quinze premiers malades de M. Jules Roux, la durée moyenne du traitement, à partir de la première injection, n'a été que de quatorze jours. Malheu-



reusement les résultats ne sont pas toujours aussi beaux. Ainsi les malades de MM. Noguès et Perrin n'ont été guéris en moyenne qu'au bout de cinq à six semaines. J'ai plusieurs fois traité par les injections iodées des bubons parvenus à la seconde période; quelques malades ont été guéris en quinze à vingt jours, mais sur d'autres, dont le pus était inoculable, l'injection n'a pas empêché l'ulcération de se produire, et la cicatrisation s'est fait attendre beaucoup plus longtemps.

Malgré ces insuccès, qui ne sont point rares, je pense que, d'une manière générale, la méthode des injections iodées abrége le traitement, et je ne suis pas éloigné d'admettre que, dans beaucoup de cas, cette méthode ne soit de nature à empêcher l'inoculation chancreuse d'envahir les parois de l'abcès et l'ouverture de la peau. La moyenne de quatorze jours, donnée par M. Jules Roux, me paraît trop faible; mais même en l'acceptant sans restriction, on trouve que la durée totale du bubon est encore assez longue, car il s'écoule ordinairement une dizaine de jours avant que la tumeur ne soit parvenue au degré de maturité requis pour l'application de la méthode.

Je crois donc ne rien exagérer en disant que les méthodes opératoires usitées jusqu'ici laissent beaucoup à désirer, et que les injections iodées elles-mêmes, bien que susceptibles d'atténuer quelques accidents et de rendre le traitement plus court, n'empêchent pas le bubon de durer au moins vingt-cinq à trente jours.

En y réfléchissant, il m'a paru que toutes ces méthodes avaient l'inconvénient commun de n'agir sur le bubon que lorsqu'il a déjà produit dans le tissu cellulaire périganglionnaire de graves altérations. On attend que la collection soit ramollie et bien fluctuante, c'est-à-dire que l'adénite ait donné lieu à la formation d'un abcès circonvoisin qui aggrave le bubon, et qui en prolonge la durée. Je me suis demandé s'il ne serait pas préférable de prévenir le développement de cet abcès en attaquant le bubon à sa première période, et en évacuant le pus avant qu'il n'ait eu le temps de franchir les limites du ganglion. Je n'ai pas tardé à trouver l'occasion de mettre cette idée en pratique, et les résultats que j'ai obtenus m'ont paru dignes d'être publiés.

Mais, avant de faire connaître mes observations, je dois dire quelques mots sur le diagnostic du bubon suppuré à la première période. La tumeur, à cette époque, se compose d'un ou plusieurs ganglions assez durs, arrondis, bien circonscrits, mobiles sous la peau dont la couleur n'est pas altérée. Ces caractères ressemblent à ceux du bubon indolent qui se manifeste au début de la syphilis·

constitutionnelle, et qui, ne suppurant jamais, ne réclame aucun traitement chirurgical. L'engorgement, dans les deux cas, est situé dans le pli de l'aine, et occupe les mêmes ganglions ; il peut exister à droite ou à gauche ; enfin il coïncide avec la présence d'un chancre des organes génitaux.

Malgré cette ressemblance, le diagnostic est en général facile. Il suffit de tenir compte de l'origine de ces deux espèces de bubon, de la nature de l'accident primitif, et de l'état général de l'organisme. C'est une question que je ne puis songer à développer ici, et qui a été parfaitement élucidée par M. Ricord. Je me bornerai à rappeler quelques propositions que cet habile observateur a pleinement démontrées. Le chancre induré s'accompagne toujours de l'engorgement chronique d'un grand nombre de ganglions lymphatiques. Cet engorgement se manifeste dans la plupart des régions ganglionnaires, mais il est surtout remarquable dans les ganglions voisins de l'organe où l'accident primitif s'est développé. Ainsi, lorsque le chancre induré occupe les organes génitaux, comme c'est le cas le plus ordinaire, les glandes lymphatiques des deux régions inguinales se gonflent et s'indurent en formant de petites tumeurs roulantes, complétement indolentes, même à la pression ; c'est la première manifestation de l'infection syphilitique constitutionnelle, et bientôt, chez les malades qui ne subissent aucun traitement, on voit survenir d'autres accidents secondaires, roséoles, plaques muqueuses, etc. Cet engorgement ganglionnaire peut acquérir un volume assez notable, mais il ne suppure jamais. Il est rebelle aux médications locales, il guérit, au contraire, très-bien sous l'influence du traitement mercuriel, et mérite, par conséquent, le nom de *bubon constitutionnel*.

Les bubons qui suppurent, et qui seuls réclament un traitement chirurgical, reconnaissent une origine toute différente. Loin de dépendre de l'infection syphilitique, ils sont à peu près incompatibles avec cette infection. Ils ne se produisent, ils ne peuvent se produire que dans les ganglions qui reçoivent directement les vaisseaux lymphatiques de l'organe entamé par le chancre primitif. Celui-ci n'est jamais induré, et ne donne jamais la vérole constitutionnelle. Lorsqu'il est situé sur les organes génitaux, près de la ligne médiane, il peut donner naissance à deux bubons inguinaux, l'un à droite, l'autre à gauche ; mais les autres régions ganglionnaires restent libres de tout engorgement. Le bubon suppuré ne demande qu'un traitement local ; les préparations mercurielles n'ont sur lui aucune prise. Il suffit même de constater l'existence de l'abcès gan-

glionnaire, pour en conclure que la syphilis est entièrement locale, et qu'il n'y a pas lieu d'instituer un traitement général. Ainsi le bubon suppuré est un accident local. Il est dû à la contamination directe des ganglions par la lymphe altérée qui provient des tissus ulcérés, et je crois pouvoir le désigner sous le nom de *bubon local.*

Cela posé, le bubon local, parvenu à son entier développement, c'est-à-dire à sa seconde période, a une physionomie toute spéciale et ne présente aucune difficulté sérieuse de diagnostic. Mais à son début, avant la propagation de l'inflammation suppurative au tissu cellulaire, il présente quelques caractères qui pourraient, ainsi que je l'ai déjà dit, le faire confondre avec le bubon constitutionnel. Les remarques précédentes vont nous permettre de distinguer ces deux affections avec une pleine certitude.

Le bubon constitutionnel dépend à peu près constamment d'un chancre induré ; le bubon local dépend toujours d'un chancre non induré. Le premier existe à droite et à gauche ; le second est très-souvent unilatéral. Celui-ci ne s'accompagne d'aucun symptôme de vérole constitutionnelle ; celui-là est toujours lié à une infection générale plus ou moins évidente, qui produit des engorgements analogues dans les autres régions ganglionnaires, et notamment à la partie postéro-supérieure du cou. Ces éléments suffiraient à la rigueur pour le diagnostic. Mais l'inspection directe de l'engorgement fournit d'autres caractères tout aussi concluants. La tumeur du bubon constitutionnel est tout à fait indolente ; celle du bubon local est toujours plus ou moins douloureuse, surtout lorsqu'on la presse entre les doigts. Dans le premier cas, il existe en général un assez grand nombre de ganglions engorgés, disséminés dans toute l'étendue du pli de l'aine ; dans le second cas, l'engorgement ne porte que sur deux ou trois ganglions très-rapprochés les uns des autres, et souvent même sur un seul ganglion. Enfin, dans le bubon constitutionnel, les ganglions engorgés sont très-durs et entièrement solides ; dans le bubon local ils sont un peu moins durs, et présentent une fluctuation comparable à celle d'un petit kyste à parois épaisses. Cette fluctuation diffère sans aucun doute de la fluctuation ordinaire des abcès, mais elle diffère aussi de la rénitence des tumeurs solides. Elle est due à la présence de la matière purulente à demi liquide qui occupe le centre des ganglions. En tenant compte de tous ces caractères, on peut être certain de ne jamais confondre le bubon local avec le bubon constitutionnel.

J'ai dû insister avec quelques détails sur cette question de diagnostic, parce que le traitement abortif que j'ai mis en usage n'est

applicable qu'au bubon local, et doit être employé de très-bonne heure, avant l'apparition de la fluctuation proprement dite, et avant même que le pus ne soit complétement liquide.

Ce traitement, au surplus, est des plus simples. Dès que la tumeur naissante a acquis le volume d'une petite noisette, on la saisit entre deux doigts de la main gauche, de manière à fixer à la fois la peau et le ganglion, et on plonge directement un bistouri jusqu'au centre du ganglion. Sans lâcher prise, on retire le bistouri qu'on remplace par une sonde cannelée. Alors on exerce une forte pression latérale sur la petite tumeur. On voit bientôt glisser dans la cannelure de la sonde une matière semi-liquide, jaunâtre, visqueuse, que j'ai déjà décrite : c'est le pus encore mal élaboré qui existait au centre du ganglion. Il y en a quelquefois fort peu, mais j'en ai toujours trouvé une quantité appréciable, quelque précoce du reste que fût l'opération. On exprime la tumeur jusqu'au sang, afin d'être bien certain de n'y pas laisser de pus. Cette manœuvre est ordinairement assez douloureuse ; s'il existe plusieurs ganglions engorgés, on les vide ainsi successivement, dans une seule séance, par autant de ponctions distinctes.

La tumeur, après l'opération, se trouve réduite à un moindre volume, mais elle persiste encore en grande partie, la substance solide des ganglions n'ayant pu être expulsée à travers les ponctions.

Le lendemain, la tumeur s'est légèrement accrue, mais elle est ordinairement moins volumineuse qu'avant l'opération. Il s'est formé une petite quantité de pus qu'il faut évacuer. La petite ouverture de la peau s'est déjà refermée, mais on y pénètre aisément avec la sonde cannelée, qu'on pousse presqu'au centre du ganglion. On comprime de nouveau très-fortement la tumeur pour évacuer la totalité du pus, et l'on recommence ainsi chaque matin pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que la suppuration soit tarie, ou que la petite ouverture soit devenue fistuleuse.

Lorsque j'ai mis pour la première fois cette méthode en usage, je me proposais simplement d'empêcher la formation de l'abcès du tissu cellulaire et les inconvénients nombreux qui en sont la conséquence. Mais sachant que, dans beaucoup de cas, le pus ganglionnaire est inoculable, je m'attendais à voir la petite ouverture de la ponction se transformer en ulcération chancreuse, et je craignais que cette ulcération, quoique très-peu considérable et bien préférable aux larges chancres inguinaux qui se forment si souvent à la suite des méthodes ordinaires, ne retardât beaucoup la guérison. Cette crainte ne se réalisa pas sur mon premier malade ; chez lui,

sans doute, le pus ganglionnaire n'était pas virulent, et la guérison fut complète au bout de cinq jours.

Obs. I. — *Bubon inguinal datant de quatre jours. Ponction. — Guérison en cinq jours.* — Hubert D., maréchal ferrant, entré à l'hospice du Midi le 3 avril 1856, salle 11, nº 16, pour un chancre non induré situé à la face dorsale du fourreau de la verge. Le 23 avril, lorsque je pris la direction du service, les ganglions inguinaux n'étaient nullement tuméfiés. Le 29, je trouvai dans l'aine gauche un engorgement légèrement douloureux, formé de deux petites masses globuleuses, assez dures, très-rapprochées l'une de l'autre; le malade me dit que cette tuméfaction avait commencé à paraître depuis quatre jours. Le plus gros de ces deux ganglions avait le volume d'une bille à jouer, et présentait une résistance comparable à celle d'un kyste à parois très-épaisses. Je le ponctionnai directement et j'en fis sortir, par une forte pression, quelques grammes d'une matière purulente visqueuse, à demi liquide. (Cataplasme.) Le lendemain 30 avril, suivant le procédé qui vient d'être décrit, je fis de nouveau sortir par cette ponction une petite quantité de pus, sécrétée depuis la veille et tout à fait liquide. Après cette évacuation je constatai que le second ganglion, auquel je n'avais pas touché jusqu'alors, s'était notablement accru. Je le ponctionnai à son tour comme le précédent. Le 1er mai, je rouvris les deux ponctions, et donnai encore issue à quelques gouttes de pus. Le 2 mai, la tumeur était presque entièrement affaissée; je n'y touchai pas. Le 3 mai, il y avait un peu de fluctuation. La sonde cannelée fut introduite dans la première ponction, et n'amena que du sang; je la poussai alors dans la seconde ouverture d'où je retirai quelques gouttes de pus bien lié. Le 4 mai, les deux ponctions étaient refermées. Il ne restait plus qu'un engorgement très-léger et tout à fait indolent. Le malade, se considérant comme guéri, se leva, et se promena toute la journée sans le moindre inconvénient.

Cet homme resta à l'hôpital jusqu'au 17 mai, pour attendre la cicatrisation de son chancre. Il fut examiné tous les jours; et nous pûmes nous assurer que la guérison du bubon était définitive. Elle avait été obtenue en cinq jours. La durée totale du bubon, depuis le premier début, avait été seulement de neuf jours.

Ce résultat était encourageant, et je me promis bien d'appliquer le même procédé sur d'autres malades. Mais je réfléchis que, sans doute, j'avais eu le bonheur de rencontrer du premier coup un de ces cas, assez communs du reste, où le pus ganglionnaire n'est pas virulent, et, prévoyant que tous les malades ne seraient pas dans des conditions aussi favorables, je me demandai s'il ne serait pas possible de combiner le procédé primitif avec une application locale capable de protéger l'ouverture de la ponction contre l'inoculation chancreuse. Je songeai d'abord à introduire à travers la petite plaie, jusque dans le ganglion, un petit bâton de caustique, ou à y injecter une solution concentrée de nitrate d'argent; mais il aurait fallu attendre la chute de l'eschare, et la cicatrisation aurait été longtemps retardée: c'est ce qui me décida à essayer d'abord l'injection iodée. Plusieurs chirurgiens, on ne l'ignore pas, ont cru remarquer que la

teinture d'iode neutralise les propriétés virulentes du pus. Je ne sais jusqu'à quel point cette proposition est exacte, mais je citerai tout à l'heure une observation qui prouve que, si la teinture d'iode n'empêche pas complétement l'inoculation, du moins elle en atténue considérablement les effets. (Voy. obs. II et III.)

Quoi qu'il en soit, il m'a paru qu'il ne pouvait y avoir aucun inconvénient à faire suivre chaque jour l'évacuation du pus d'une injection iodée poussée simplement avec une petite seringue en verre. J'ai mis ce procédé en usage sur la plupart de mes malades, et j'ai eu lieu d'en être satisfait. Le bec de l'instrument est introduit à travers la petite incision jusque dans le ganglion. On vide toute la seringue, en poussant le piston avec une force modérée. Le liquide iodé reflue à travers la plaie, en entraînant les derniers restes du pus. Lorsque l'injection est terminée, on retire la seringue, et on exprime la tumeur de manière à expulser une partie de l'iode qui est resté dans le ganglion. On recommence ainsi chaque matin. Le premier jour cette injection est assez douloureuse ; elle l'est beaucoup moins les jours suivants.

J'ai dit tout à l'heure que l'injection iodée avait l'avantage d'atténuer les effets de l'inoculation chancreuse. J'ai pu m'en assurer dans un cas où l'inoculation artificielle pratiquée sur la cuisse donna un résultat positif. Malgré cette circonstance défavorable, le bubon fut complétement cicatrisé au bout de treize jours.

Obs. II. et Obs. III. — *Deux bubons récents guéris en douze et treize jours. Le bubon gauche est inoculable.* — Louis D., tailleur de pierre, vingt-cinq ans, entré à l'hôpital du Midi le 5 mai 1856, salle 11, n° 8. — Chancre non induré sur le limbe du prépuce, datant du 25 mars ; adénite commençante à droite et à gauche.

Côté droit. — Tumeur ayant débuté depuis quatre ou cinq jours, un peu plus grosse qu'une amande dans sa coque ; la peau est parfaitement saine. Le 6 mai, je pratique une ponction, qui donne issue à une petite quantité de pus demi-liquide : après cette évacuation, la tumeur paraissant offrir encore une sourde fluctuation, j'introduis de nouveau la sonde cannelée, que je pousse avec plus de force ; je pénètre ainsi dans un second ganglion situé derrière le premier, et je vois aussitôt glisser dans la cannelure une quantité plus considérable de pus tout à fait liquide. Après avoir exprimé complétement la tumeur, je pousse dans l'ouverture un mélange à parties égales d'eau et de teinture d'iode. (Cataplasme.) Le lendemain 7 mai, je rouvre la petite plaie avec le bec de la sonde, et j'expulse environ une demi-cuillerée à café d'un liquide brunâtre, grumeleux, formé d'un mélange d'iode et de pus. Nouvelle injection. — La même manœuvre fut reprise tous les jours jusqu'au 13 mai ; il ne survint pas d'inflammation notable ; la tumeur resta stationnaire jusqu'au 10 mai et commença alors à diminuer ; chaque jour la suppuration était moindre. Le 14, il n'y en avait presque plus ; on ne fit pas d'injection, et depuis lors on ne toucha plus à l'ouver-

ture, qui fut complétement cicatrisée le 18 mai. La tumeur était entièrement dissipée.

Côté gauche. — Tumeur sphérique, grosse comme une noisette, paraissant constituée par un seul ganglion, et reconnue seulement le 6 mai, jour où j'examinai le malade pour la première fois. La veille, à la consultation, cet engorgement ne m'avait pas frappé.

Le 8 mai, ponction unique. Le pus demi-liquide, expulsé par une forte pression, est inoculé à la partie moyenne de la cuisse. (Injection iodée. — Cataplasme.)

Le lendemain il était aisé de voir que l'inoculation avait réussi; néanmoins, pour plus de certitude, je laissai marcher l'ulcération pendant deux jours encore et je l'arrêtai alors par une application de pâte de Vienne.

Le bubon fut traité comme le précédent et se comporta exactement de la même manière. L'injection fut répétée tous les jours jusqu'au 16 mai. Le 20, la plaie était solidement cicatrisée; le 21, il ne restait plus de trace de l'engorgement. Le malade sortit ce jour-là, son chancre était déjà guéri depuis quelques jours.

Il est positif que le bubon gauche renfermait du pus virulent. Il est probable qu'il en était de même du bubon droit, mais je ne puis l'affirmer, l'inoculation n'ayant pas été pratiquée. Quoi qu'il en soit, les petites plaies ne se sont pas ulcérées, et elles se sont cicatrisées très-promptement à partir du jour où l'on a cessé de les rouvrir pour donner issue au pus et accès à l'injection. Je ne puis donc me défendre d'admettre, au moins pour le côté gauche, que le contact de la teinture d'iode a empêché l'inoculation chancreuse de s'effectuer.

Cet exemple prouve que l'injection iodée est utile dans les cas où le pus du bubon est inoculable. Le fait suivant prouve qu'elle n'est pas nuisible lorsque la matière contenue dans le ganglion n'est pas virulente. Il s'agissait, en effet, d'un bubon survenu dans le cours d'une blennorrhagie, et l'on sait qu'en pareil cas l'adénite n'est pas spécifique, qu'elle est purement inflammatoire.

Obs. IV. — *Bubon blennorrhagique datant de six jours, et guéri en six jours.* — J.-Bapt. D., journalier, trente-six ans, entré à l'hôpital du Midi le 5 mai 1856, salle 9, nº 10.

Blennorrhagie datant de trois mois. Il y a huit jours, le malade se fit plusieurs injections avec un liquide inconnu, qu'un de ses amis lui avait donné. L'écoulement redoubla, et quatre jours après un engorgement assez douloureux parut dans l'aine droite.

Le 7 mai, la tumeur est grosse comme une amande dans sa coque, bien circonscrite et très-douloureuse. Un seul ganglion paraît engorgé. Une ponction unique donne issue à une petite quantité de pus crémeux. La tumeur, par suite de cette évacuation, perd seulement le tiers de son volume. (Injection iodée. — Cataplasme.)

Le 8 mai, à travers la même ponction, on fait de nouveau écouler le pus, et l'on pousse encore une injection. Cette manœuvre est répétée le 9 et le 10. Le 11, il ne reste qu'un petit pertuis donnant issue par la pression à quelques gouttelettes de sérosité. Ce pertuis se referme le lendemain 12 mai.

La blennorrhagie n'étant pas encore entièrement guérie, le malade resta à l'hôpital jusqu'au 16 mai.

Je suis convaincu que dans ce cas l'injection iodée n'était pas nécessaire, mais il est clair qu'elle n'a pas été nuisible, puisque la guérison a été complète en six jours.

Quoique j'aie employé l'injection d'iode sur la plupart de mes malades, je considère ce moyen comme accessoire, et j'attribue surtout les résultats que j'ai obtenus à l'évacuation précoce du pus. Les deux faits suivants, recueillis sur le même malade, mettent ce point en évidence. Quelques jours de retard suffisent pour permettre à la suppuration de gagner le tissu cellulaire, et alors l'injection iodée n'a que bien peu d'efficacité.

Obs. V et Obs. VI.— *Deux bubons inguinaux. Bubon droit datant de quatre jours, complétement guéri en cinq jours. Bubon gauche négligé jusqu'au huitième jour. Ponction, injection iodée, décollement, suppuration pendant plus d'un mois et demi.* — Alexandre D., terrassier italien, vingt ans, entré le 5 mai 1856 à l'hôpital du Midi, salle 10, nº 10.

Chancre non induré, situé sur le côté droit du frein, et datant d'un mois environ. Le malade est très-pusillanime. Il est entré pour un bubon de l'aine droite.

Côté droit. — Tumeur bilobée, ayant paru il y a quatre jours, un peu plus grosse qu'une amande, fluctuante, mais bien nettement circonscrite.

Le 6 mai, une première ponction ne vide que la moitié de la tumeur; une seconde ponction la vide presque entièrement. Le pus qui s'écoule est tout à fait liquide. Il ne reste après cette évacuation qu'une induration assez légère; par conséquent, la substance des ganglions engorgés est presque entièrement détruite, ce qui prouve que le bubon était sur le point d'entrer dans la seconde période.

Une injection iodée est faite dans chaque ouverture. Le malade, pendant toute l'opération, pousse de véritables hurlements.

Le 7, on rouvre les ponctions, et l'on répète les injections. On recommence ainsi le 8, le 9 et le 10. Le 11 mai la guérison est complète.

Côté gauche. — Pendant qu'on traitait le bubon droit comme il vient d'être dit, une seconde adénite se développait dans l'aine gauche; mais le malade, qui craignait une nouvelle opération, se garda bien de nous en parler. Lorsqu'on passait auprès de lui, il disait qu'il allait tout à fait bien. Je fus donc très-surpris, le 15 mai, de trouver dans le pli de l'aine du côté gauche une tumeur rouge, tendue, très-fluctuante, plus grosse qu'un œuf de pigeon. Le malade avoua alors que cette tumeur le faisait déjà souffrir depuis huit jours.

L'abcès fut vidé au moyen d'une ponction simple, suivie d'injection iodée. Le lendemain, le décollement de la peau avait fait de nouveaux progrès. Une seconde ponction fut pratiquée dans un point plus déclive. On répéta l'injection ce jour-là et les jours suivants. Malgré cela, les deux ouvertures s'ulcérèrent et s'élargirent beaucoup. La suppuration fut très-abondante pendant près d'un mois... Le 15 juin, M. Cullerier, qui avait pris depuis quelque temps la direction du service, excisa les bords inégaux et livides de la peau décollée. A partir de ce jour, la cicatrisation commença, et le malade sortit de l'hôpital le 28 juin, en voie de guérison.

J'ai traité jusqu'ici neuf bubons par l'ouverture *prématurée*, avec ou sans injection iodée, et dans aucun cas je n'ai vu survenir le moindre accident. La suppuration du tissu cellulaire, le décollement et l'ulcération de la peau ont été constamment évités. Une fois, la guérison complète a été obtenue en quatre jours, trois fois en cinq jours, une fois en six jours ; c'est-à-dire que plus de la moitié des bubons ont été guéris en moins d'une semaine, et je pense qu'aucune autre méthode n'a fourni d'aussi beaux résultats. Dans les autres cas la guérison a été moins prompte ; elle s'est fait attendre douze jours, treize jours, trente-sept jours, et une fois enfin elle n'a été complète qu'au bout d'un mois et demi. Dans ces derniers cas la méthode a échoué en ce sens qu'elle n'a pas fait avorter le bubon ; néanmoins j'ose dire qu'elle a atteint son but, attendu que l'inflammation et la suppuration sont restées limitées aux ganglions; la peau et le tissu cellulaire, en dehors de la ponction, sont restés parfaitement sains. Un petit trajet fistuleux aboutissant au ganglion tuméfié et induré a remplacé le vaste foyer purulent qu'on observe dans les cas ordinaires. En d'autres termes, la méthode abortive, lors même qu'elle ne réussit pas à faire avorter le bubon, lors même qu'elle ne réussit pas à en abréger la durée, a l'avantage considérable d'en écarter les complications et d'en réduire la marche au maximum de simplicité. C'est ce que démontrent les observations des deux malades chez lesquels la cicatrisation s'est fait longtemps attendre.

Obs. VII et Obs. VIII.—*Double bubon inguinal. Bubon droit guéri en quatre jours par la méthode abortive. Bubon gauche arrêté dans son accroissement, mais la guérison n'est achevée qu'au bout de trente-sept jours.*—Michel J., vingt-sept ans, charron, entré à l'hôpital du Midi le 5 mai 1856, salle 11, n° 13.

Chancre du frein non induré, en voie de guérison. Un engorgement ganglionnaire assez douloureux s'est manifesté depuis cinq à six jours dans l'aine droite. On sent du côté gauche un très-petit ganglion roulant dont le malade ne s'était pas aperçu et sur lequel la pression est légèrement douloureuse.

Bubon droit. — La tumeur est biganglionnaire, un peu plus grosse qu'une amande. Le 6 mai, deux ponctions sont pratiquées; évacuation d'un pus demi-liquide, injection iodée. On vide de nouveau la tumeur le 7, le 8 et le 9, et chaque fois on y introduit une petite quantité de teinture d'iode. Guérison complète le 10 mai.

Bubon gauche.—La tumeur, très-peu considérable le jour de l'entrée du malade, s'accroît assez rapidement, mais elle reste très-dure. Le 11 mai, une ponction est pratiquée, et je fais sortir à grand'peine, par la pression, quelques stries de pus. (Injection iodée.) Le 12 mai, la tumeur est aussi grosse et aussi dure que la veille. La sonde cannelée introduite dans l'ouverture ne ramène qu'une très-faible quantité de pus. (Nouvelle injection.) Même manœuvre et même résultat les jours suivants jusqu'au 22 mai. La masse ganglionnaire fournit à peine chaque matin quelques gouttes de pus, elle conserve toujours son volume et sa dureté. On abandonne les injections, et la petite ponction se cicatrise

bientôt; mais l'induration ganglionnaire persiste avec les mêmes caractères. Depuis le 25 mai jusqu'au 10 juin, on appliqua deux vésicatoires qui furent pansés avec la teinture d'iode. La tumeur s'affaissa peu à peu, sans suppurer, et la guérison fut achevée seulement le 18 juin.

Dans le cas qui précède, la guérison a été surtout retardée par l'induration du ganglion. Cette induration s'est montrée dans un autre cas, mais elle a été moins considérable et moins durable, quoique l'ouverture de la ponction se soit cicatrisée beaucoup plus tard.

Obs. IX.—*Bubon datant de huit jours. Ponction suivie d'injections iodées. Aucun accident, mais l'ouverture devient fistuleuse et ne se ferme qu'au bout d'un mois et demi.*— Denis P., brasseur, vingt-deux ans, entré à l'hôpital du Midi le 8 mai 1856, salle 11, nº 19.

Chancre non induré de la verge remontant à un mois. Il y a huit jours une tumeur douloureuse a commencé à se former dans l'aine droite. Cette tumeur est assez bien circonscrite, elle est ovoïde, et a environ quatre centimètres dans son grand diamètre. Elle est le siége d'une fluctuation évidente; la peau qui la recouvre n'est nullement altérée.

Le 9 mai, ponction unique donnant issue à environ une demi-cuillerée à bouche de pus crémeux parfaitement élaboré. La tumeur se trouve réduite de plus des deux tiers. Injection iodée après l'expulsion du pus. Le lendemain et les jours suivants jusqu'au 18 mai on rouvre la ponction avec le bec de la sonde cannelée, afin de retirer le pus et de faire pénétrer l'iode. Sous l'influence de ce traitement la cavité purulente se rétrécit graduellement. Le 18 mai, il ne reste plus qu'une très-étroite ouverture fistuleuse aboutissant à une petite masse indurée, et fournissant une très-faible quantité de pus. On suspend les injections iodées. L'induration se dissipa peu de temps après. Le malade ne souffrait nullement: il marchait sans difficulté, et restait levé toute la journée; mais il conservait toujours une petite ouverture fistuleuse qui donnait chaque jour quelques gouttes de pus seulement. Le 20 juin on se décida à cautériser cette fistule avec le nitrate d'argent; la cautérisation fut répétée plusieurs fois, et la cicatrisation fut enfin obtenue, un mois et demi après le début du traitement.

Il est possible que si le malade eût consenti à garder le lit, la guérison eût été beaucoup plus prompte; ce sont peut-être les mouvements de la marche qui ont entravé la cicatrisation de la petite ouverture. Je dois dire toutefois que plusieurs des malades qui ont guéri promptement avaient continué à se lever pendant la durée du traitement. J'ai vu tout dernièrement un autre fait qui prouve que le repos n'est pas indispensable.

Obs. X. — *Bubon inguinal datant de quatre jours.—Guérison en cinq jours.* — M. X., avocat, rue de Rivoli, contracta un chancre du frein dans les premiers jours du mois de juillet 1856. Il vint plusieurs fois à ma consultation; le chancre n'était pas induré, je prescrivis simplement le pansement avec le vin aromatique.

Le 6 août, M. X. me fit prier de passer chez lui. Je le trouvai au lit, fort effrayé par l'apparition d'une petite tumeur qui occupait le pli de l'aine du côté droit; cette tumeur avait débuté depuis quatre jours, mais elle n'était devenue

douloureuse que depuis la veille. Elle se composait de trois petits ganglions, dont le plus gros avait seulement le volume d'une noisette. Je ponctionnai successivement ces trois ganglions. Deux d'entre eux me fournirent une petite quantité de pus à demi liquide, mais je ne pus rien retirer du troisième. N'ayant pas d'iode à ma disposition, je remis l'injection au lendemain. (Cataplasmes ; repos au lit.)

Le 7 août je me disposais à faire l'injection, mais le malade m'annonça qu'une affaire indispensable le forçait à se lever et à sortir dans la soirée. Je craignis qu'une injection irritante, suivie d'une promenade intempestive, ne donnât lieu à une inflammation trop vive; je me bornai encore ce jour-là à évacuer le pus. Je rouvris les trois ouvertures avec le bec de la sonde, je retirai un peu de pus des deux premiers ganglions ; mais le troisième ne donna que du sang.

Le 8 août, malgré l'exercice que le malade avait pris la veille, je trouvai la tumeur tout à fait indolente, et réduite à un moindre volume. L'une des deux ouvertures avait laissé suinter un peu de pus, les deux autres étaient refermées. Je rouvris celle qui avait donné du pus les jours précédents, j'en retirai seulement deux ou trois gouttes de matière. Je ne fis point d'injection, et je ne touchai pas à la troisième ponction.

Le 9 août, quand je me présentai chez M. X., on me dit qu'il était sorti. Le lendemain il vint chez moi ; la guérison était presque achevée; l'une des ponctions avait encore fourni quelques gouttes de pus. Je conseillai au malade de rentrer chez lui et de garder au moins la chambre ; mais il me déclara qu'il était obligé de faire plusieurs visites. Malgré cette nouvelle imprudence, la petite plaie se referma pendant la nuit, et le 9 août, cinq jours en tout après le début du traitement, je trouvai que la guérison était complète.

On voit que les malades peuvent guérir très-promptement sans garder le repos; je pense néanmoins qu'il vaut beaucoup mieux les tenir au lit, au moins pendant les premiers jours.

Les faits qui précèdent, quelque peu nombreux qu'ils soient, me paraissent propres à faire adopter la méthode que je propose; le hasard m'a peut-être favorisé en me fournissant une série heureuse. Mais si l'on considère que, sur neuf bubons, cinq ont été guéris en moins d'une semaine, deux en moins de deux semaines ; que, dans tous les cas, le décollement a été évité et que les malades enfin ont guéri sans cicatrice apparente, on reconnaîtra, je l'espère, qu'il importe beaucoup d'ouvrir les bubons de très-bonne heure, avant qu'ils ne soient parvenus à la seconde période, c'est-à-dire avant que le pus n'ait dépassé les limites des ganglions.

Un mot encore sur le titre que j'ai cru pouvoir donner à ce travail. A proprement parler, pour faire avorter les bubons, il faudrait trouver le moyen d'éviter tout à fait la suppuration. Le traitement abortif que j'ai mis en usage n'a pas cette prétention ; mais en arrêtant le bubon à sa première période, en empêchant le développement des complications qui lui donnent sa gravité, il en modifie en-

tièrement la marche, il en abrége considérablement la durée, il transforme une affection sérieuse en une affection légère; on peut dire, par conséquent, que s'il ne fait pas avorter l'*adénite*, il fait réellement avorter le *bubon*.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur le cyanhydrargyrate d'iodure de potassium.

Le cyanhydrargyrate d'iodure de potassium, sel double de cyanure de mercure et d'iodure de potassium, découvert par Caillot et à l'appui de l'emploi duquel on trouvera plus loin des faits intéressants, résulte, selon toutes probabilités, de la combinaison à équivalents égaux des deux sels simples. Cette combinaison s'obtient en versant une dissolution de l'un dans une dissolution de l'autre. Si l'on agit à chaud, il se sépare par le refroidissement de belles paillettes blanches, nacrées, qui ne sont autre chose que le sel double. Ce sel se dissout dans l'eau en toutes proportions; peu soluble dans l'alcool à froid, il est soluble en toutes proportions à chaud; enfin, il est insoluble dans l'éther. Par l'évaporation à l'air libre, on obtient un petit nuage rouge; le même phénomène s'obtient également en laissant évaporer à l'air libre une dissolution du sel dans l'eau distillée.

Lorsqu'on laisse tomber une petite goutte d'acide dans une dissolution de ce sel, il prend instantanément une belle couleur rouge brique qui se comporte comme le biiodure de mercure. Si, après que ce phénomène est produit, on verse dans la liqueur une solution basique, la coloration disparaît et la saveur métallique persiste. L'eau précipite le sel de ses dissolutions alcooliques. Le goût des solutions est amer, styptique, fortement métallique. Dans toutes les préparations pharmaceutiques acides ou qui peuvent le devenir en vieillissant, le médicament se décompose; dans les compositions basiques il se conserve, sinon indéfiniment, au moins pendant fort longtemps.

Le cyanhydrargyrate d'iodure de potassium se donne en solution comme suit :

Pr.	Cyanhydrargyrate d'iodure de potassium....	0,30
	Eau distillée...........................	150,00

Une cuillerée à bouche matin et soir; et plus tard, si le médicament est bien supporté, on porte la dose à quatre et à six cuillerées par jour. La même solution sert pour les gargarismes : une cuillerée

pour un demi-verre d'eau d'orge, ainsi que pour les lotions sur la peau, dans le cas de dermatose.

Un mot sur le valérianate d'ammoniaque; variété des produits livrés par le commerce.

Les valérianates sont des agents thérapeutiques sur lesquels l'expérimentation est loin d'avoir dit son dernier mot. Si la plupart d'entre eux ont disparu de la pratique, nous devons demeurer convaincu que ce résultat est dû, moins au défaut de rigueur dans l'observation clinique des premiers expérimentateurs, que dans la falsification des produits livrés par le commerce. La masse des pharmaciens a complétement perdu aujourd'hui l'habitude de préparer les produits chimiques destinés aux usages thérapeutiques, et souvent même ne prend pas la peine de vérifier la valeur de ceux que les fabricants lui fournissent. Ainsi les acides phocénique, butyrique et valérianique fournissent des sels isomères; aussi dès que la science est venue appeler l'attention des praticiens sur les *valérianates*, le commerce a livré des *butyrates* ; de là les mécomptes de l'art et l'abandon des produits nouveaux. Il paraît même que quelques pharmaciens, non contents de négliger la préparation des produits chimiques, vont jusqu'à ignorer leur existence. La publication récente du travail de M. Déclat semble nous en fournir la preuve.

Depuis plus de dix années, un pharmacien honorable de Paris, M. Pierlot, qui s'est occupé d'une manière toute spéciale de l'extraction de l'acide valérianique de la racine fraîche de valériane, s'est donné pour tâche de réhabiliter cet agent thérapeutique. Pour fixer cet acide, qui se décompose très-facilement, il a fait choix de l'ammoniaque, et, après des tâtonnements, est arrivé à préparer un mélange de valérianate d'ammoniaque et d'eau, en proportions définies. Depuis plus de trois années ce produit nouveau est livré à l'expérimentation des médecins des hôpitaux, et c'est dans le service des épileptiques de M. Lélut que les essais en ont été tentés avec le plus de suite; nous espérons pouvoir en publier prochainement les résultats.

M. Déclat, amené à expérimenter de son côté le produit nouveau, est devenu l'auteur d'une de ces cures bien faites pour frapper l'esprit d'un jeune praticien; aussi s'est-il empressé de faire connaître à ses confrères ce beau résultat. En agissant ainsi, avait-il préjugé de la valeur de son observation ? Non. Ce fait a été reproduit par toute la presse médicale; l'extrait qu'en a donné l'Union a amené une discussion dans laquelle, malgré notre haine de toute polémique,

nous sommes forcé d'intervenir. Un pharmacien de Paris, M. Laboureur, a fait de la publication de M. Déclat une question professionnelle que notre honorable confrère, M. Amédée Latour, a traitée avec son talent habituel. Seulement un élément lui a fait défaut dans la discussion du point en question.

M. Déclat dit dans son article avoir mis en usage du *valérianate d'ammoniaque*. Comme ce sel est un produit solide, il ajoute que la préparation qui lui a été fournie par M. Pierlot contient un vingt-cinquième de son poids de valérianate pur, c'est-à-dire de 0,20 par cuillerée à café de 5 grammes. A moins de faire une note pharmacologique, notre confrère n'en pouvait pas dire davantage. Que M. Am. Latour ignore l'existence du valérianate d'ammoniaque, sel qui n'a pas encore été employé en médecine, cela se conçoit ; mais qu'un pharmacien instruit ne le connaisse pas, on le comprend moins. Or, voici ce qu'on lit dans le Traité de chimie de Berzélius :

« Le valérianate ammonique s'obtient en versant une solution concentrée de carbonate ammoniacal dans l'acide oléagineux pris en léger excès, et en plaçant le mélange sous une cloche, à côté d'un vase contenant de l'ammoniaque caustique très-concentrée. Le sel cristallise en rayons concentriques. Exposé à l'air, il abandonne l'ammoniaque et devient acide; il est sublimable et soluble dans l'eau et dans l'alcool. »

On comprend que la préparation du valérianate d'ammoniaque étant inscrite dans les ouvrages de chimie, nous pouvions nous dispenser de reproduire cette formule. Le Traité de Berzélius est un ouvrage classique qui se trouve dans la bibliothèque de tous les pharmaciens. Ces renseignements, joints aux détails fournis par M. Déclat, devaient permettre de préparer le nouveau médicament. Un seul point pouvait jeter de l'incertitude, c'était la coloration brunnoirâtre de la solution livrée par M. Pierlot. Cette coloration est le résultat de l'addition de quelques grains d'extrait de racines de valériane, addition qui, suivant ce pharmacien, aurait pour résultat d'augmenter la fixité du mélange, et d'assurer la conservation de la préparation.

Pour qui suit, comme nous, le mouvement de la thérapeutique, et a expérimenté les divers valérianates qui ont été prônés, il demeure incontestable que la valeur du moyen varie suivant l'officine qui le fournit. Si le valérianate de zinc a disparu de la thérapeutique, cela tient à la déloyauté du commerce de la droguerie, qui lui a substitué du *butyrate* de zinc. Il en adviendra autant pour le valérianate d'ammoniaque; j'en ai pour preuve un échantillon acheté dans

la pharmacie de M. Laboureur. L'odeur rance que ce valérianate exhale témoigne que l'ammoniaque a été combinée avec l'acide butyrique et non avec l'acide valérianique. Or, l'efficacité du nouvel agent thérapeutique tenant principalement à la nature de l'acide, si cette partie importante de la préparation fait défaut, on comprend sans peine l'infidélité de l'expérimentation et le mécompte du praticien.

L'indication ne suffit pas en thérapeutique, il faut encore que le médicament que le médecin met en usage soit bien préparé. Or, voici le résultat d'une enquête à laquelle M. Am. Latour s'est livré sur les valérianates fournis par les principaux fabricants de produits chimiques de Paris.

Valérianate de la maison Rousseau. — Etat solide, blanchâtre, cristallisé sous forme d'aiguilles.

Valérianate de la maison Dorvault.—Solide, pulvérulent, amorphe, grisâtre.

Valérianate de la maison Tribomery et Dubosc. — Liquide incolore.

Valérianate de la maison Wittmann et Poulenc. — Liquide incolore plus dense.

Valérianate de la maison Ménier. — Liquide jaune opalin, de consistance oléagineuse.

En terminant son tableau, M. Am. Latour dit : « Qu'est-ce que ce produit qui se présente sous des aspects physiques aussi différents ? » Qu'aurait ajouté notre confrère, si on lui avait prouvé que l'acide de ces divers sels est obtenu non de la distillation de la valériane, mais extrait de l'huile volatile de pommes de terre ? Malgré ces faits, nous n'en conclurons pas avec lui que l'on doit renoncer à toute expérimentation du valérianate d'ammoniaque; mais nous dirons qu'avant de mettre en usage le nouvel agent thérapeutique, le praticien doit s'assurer de sa bonne préparation ; or, un seul jusqu'ici a subi le contrôle d'une vérification soutenue, c'est celui de M. Pierlot ; je l'ai mis en usage pour ma part, et j'ai été très-satisfait des résultats. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Hoquet essentiel guéri par le valérianate d'ammoniaque.

Je vous adresse une observation que je vous prierai de vouloir bien publier dans le *Bulletin de Thérapeutique,* si elle vous paraît,

comme à moi, capable d'intéresser nos confrères. Il s'agit d'un cas de hoquet essentiel.

Si cette maladie, habituellement de si courte durée, n'offre pas de danger, même quand elle se prolonge pendant plusieurs mois, elle est au moins une des plus pénibles à supporter. Le grand nombre de moyens employés pour la combattre prouve combien elle se montre quelquefois rebelle à toute médication. Le nouveau médicament qui m'a donné une guérison prompte et solide aura-t-il une efficacité plus constante que les autres ? Son emploi contre le hoquet symptomatique serait-il avantageux ? L'expérience seule peut nous l'apprendre. Voici le fait que j'ai observé :

M. G..., âgé de cinquante et un ans, d'un tempérament essentiellement nerveux, ressent de temps en temps, depuis longues années, des douleurs rhumatismales ou névralgiques ; il est souvent tourmenté par des palpitations nerveuses que n'accompagne aucun bruit anormal dans les battements du cœur.

Le 1er août il fut pris d'un hoquet violent, dont il souffrit pendant deux jours et deux nuits, avant de réclamer mes soins. Quand je lui demandai à quelle cause il pouvait attribuer ce hoquet, M. G... me répondit qu'il en avait été atteint immédiatement après avoir bu un demi-verre de vin d'absinthe, qu'il prenait dans l'intention d'exciter l'appétit.

Les palpitations étaient calmes, le pouls régulier, l'apyrexie était complète ; je ne trouvai aucune douleur épigastrique, la langue était légèrement saburrale. J'engageai M. G... à prendre de temps en temps un quart de verre d'eau gazeuse ; ce moyen n'ayant procuré aucun soulagement, je conseillai l'usage souvent répété d'une potion composée de :

Eau de fleur d'oranger.	45 grammes.
Sirop d'éther.	45 grammes.
Extrait de belladone.	5 décigrammes.

à prendre par cuillerées à café.

Aucune amélioration ne fut obtenue.

M. G... prit de l'éther sulfurique, à la dose de 30 à 40 gouttes d'une seule fois ; les premières prises semblèrent donner un peu de calme, qui se prolongea de deux à quatre heures au plus, puis ce médicament cessa d'agir avantageusement.

Au sixième jour de la maladie, voyant l'inefficacité de l'éther, je songeai à expérimenter le valérianate d'ammoniaque, et je conseillai à mon malade de prendre quinze gouttes du nouveau médicament

dans un peu d'eau sucrée fraîche, sauf à répéter cette dose suivant le besoin.

A la grande satisfaction de M. G..., les quinze premières gouttes de valérianate d'ammoniaque, prises au milieu de la nuit, au moment où le hoquet, résistant à plusieurs prises d'éther, devenait de plus en plus fatigant, firent disparaître le mal comme par enchantement, et sans retour.

C'est la première fois que je suis appelé à combattre un hoquet prolongé et indépendant de toute autre maladie. Assurément, si cette maladie s'offrait de nouveau à mon observation, je n'oublierais pas l'heureux résultat que j'ai obtenu avec une seule dose de valérianate d'ammoniaque.

Le médicament dont mon client a fait usage est du valérianate d'ammoniaque fourni par la maison Ménier; c'est un liquide jaune opalin, de consistance oléagineuse. Je cite la source du nouveau produit, parce que son étude thérapeutique est encore à faire.

E. Devaux, D. M. P.,
à Colombières (Calvados).

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de pathologie médicale, ou Précis de médecine théorique et pratique écrit dans l'esprit du vitalisme hippocratique, par A.-L.-J. Bayle, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, médecin des dispensaires, ancien bibliothécaire adjoint de la Faculté, etc.

Après avoir été longtemps considéré comme une rêverie scientifique, sur laquelle les médecins contemporains ne jetaient de loin en loin qu'un regard distrait, le vitalisme, plus approfondi, mieux apprécié, redevient enfin ce qu'il est réellement, une doctrine sérieuse, à laquelle aboutit nécessairement toute intelligence qui ne s'arrête point à l'étude fragmentaire d'un des côtés de la vie. Telle est, sur cette question fondamentale, la tendance des esprits, qu'un homme distingué, qui depuis longtemps vit au milieu des agitations, des controverses de la science contemporaine, n'a pas craint d'exposer les éléments de cette doctrine traditionnelle, pour la mettre à la portée de tous, de ceux qui ne savent encore rien des choses de la science, comme de ceux peut-être qui ont beaucoup à oublier. Nous ne dirons rien que tout le monde ne présumât, quand nous dirons que, sortie d'une plume aussi exercée que celle de M. Bayle, cette exposition est méthodique, claire, précise; mais nous ajouterons de suite

que, dans notre humble opinion, il y a dans cet ouvrage deux sortes de lacunes que nous avons été étonné d'y rencontrer. La première de ces lacunes est relative à la discussion critique des divers systèmes qui ont tour à tour essayé de se substituer à la grande doctrine du médecin de Cos, et la seconde touche à l'exposition même de cette doctrine.

M. Bayle a pris soin de nous en avertir lui-même ; son livre est un livre essentiellement élémentaire, et, bien que son long commerce avec les livres, en sa qualité de bibliothécaire de la Faculté, lui eût rendu facile la tâche d'une critique étendue, il s'en abstiendra cependant, parce qu'en faisant autrement il eût manqué son but. Par le temps d'érudition facile qui court, c'est là une discrétion de bon goût, et nous l'approuvons. Cependant quand on veut ramener les esprits à la vérité, il faut au moins défendre celle-ci contre les erreurs qui tendent le plus à les égarer, au moment même où l'on parle, dût-on, pour ne pas dépasser le cadre qu'on s'est à l'avance tracé, ne faire que nommer des erreurs qui ont fait grand bruit dans l'histoire de la science, mais qui ont perdu tout crédit. Dans la critique sobre qu'il fait des nombreux systèmes qui ont tour à tour germé sur le sol plantureux de la médecine, le savant bibliothécaire de la Faculté s'arrête à l'organicisme, qu'il eût pu même combattre plus victorieusement ; mais là ne s'arrête point l'erreur dans cette dangereuse direction : au delà de l'organicisme proprement dit, il y a le microscope et la chimie qui aspirent également à faire sortir la vie soit normale, soit pathologique, des seules forces communes de la matière, des seules forces cosmiques. Il nous suffira de rappeler les dernières publications où les choses de la vie sont ainsi considérées, celles de MM. Liebig, Lehmann, Gavarret, Littré, Robin, etc., pour édifier de suite notre savant auteur sur ce point. Le matérialisme physiologique, à cette phase de son évolution, doit être d'autant plus énergiquement combattu qu'il se montre plus spécieux dans ses démonstrations. Allant bien au delà du grossier anatomisme pour le grand fait de formation, et appelant l'intervention de forces réellement agissantes pour tout ce qui touche à l'acte vital, les investigations microscopiques et chimiques séduisent par la netteté de beaucoup de leurs résultats, et séduisent plus encore par les promesses dont elles créditent si libéralement l'avenir. Dans l'intérêt de la vérité, dont il se fait le généreux champion, M. Bayle eût dû, suivant nous, montrer le vide de ces affirmations anticipées. Tous ces esprits, si rigoureux en apparence, donnent aux inconnues qu'ils veulent bien admettre un sens déterminé qui est une évidente contradiction, et

où les droits de la logique la plus vulgaire sont par derrière sacrifiés ; écoutez plutôt : « Comme on ne peut guère démontrer l'existence d'une force dite vitale appartenant aux corps organisés, tous les phénomènes propres aux êtres vivants doivent pouvoir s'expliquer par les lois de la physique et de la chimie : ces lois seules nous donneront la clef des phénomènes de la vie ; aussi, dans un avenir peu éloigné, la physiologie animale sera-t-elle entièrement réduite aux seuls principes de physique et de chimie. » C'est M. Lehmann qui parle ainsi ; il est besoin de le dire, car sauf quelques variantes dans la contexture des phrases et plus d'indépendance vis-à-vis de la logique, c'est l'idée même de M. Liebig. Il y a dans tout ceci, nous le répétons, une grave erreur contre laquelle M. Bayle eût dû prémunir ses lecteurs, ceux surtout qu'il prétend enseigner, les jeunes adeptes de la science.

Le second *desideratum*, que nous croyons devoir signaler dans ce livre, d'ailleurs bien fait, n'a plus trait à la critique, mais bien aux affirmations doctrinales de l'auteur. A la tête de ces affirmations il pose une force essentiellement distincte de la matière ; il en démontre l'intervention nécessaire ; mais il nous paraît que, tout obscuro que soit cette question, elle pouvait être mise en lumière plus vivement que ne l'a fait l'auteur. Tout ce qu'il dit là-dessus est bon, mais il n'épuise pas le sujet ; on dirait qu'il a peur d'aller trop loin et de compromettre ainsi la fortune de la doctrine qu'il défend.

Mais en voilà assez sur quelques pages d'un livre qui, d'un bout à l'autre, porte la noble empreinte de la vérité. Hâtons-nous maintenant d'en indiquer sommairement le plan général et la substance.

Après l'introduction, où nous avons cru devoir signaler les deux grandes lacunes dont nous parlions tout à l'heure, M. Bayle traite de la pathologie générale. Ce résumé de la pathologie générale vitaliste est net, précis ; les notions qu'il porte sont bien coordonnées et laisseront une impression salutaire dans tout esprit juste, qui a quelque peu étudié la nature vivante. Après ce résumé, l'auteur traite de la pathologie spéciale, et déjà ce premier volume contient la classe des fièvres, la classe des phlegmasies, c'est-à-dire une grande partie du cadre pathologique. Bien que le médecin vitaliste fasse grand crédit à la nature dans les maladies aiguës surtout, son rôle est loin cependant, devant ces maladies, de se réduire à une simple expectation. Nous n'en donnerons pour preuve que les remarquables recherches auxquelles s'est livré M. Bayle, sur le traitement de la fièvre typhoïde, et qui nous ont rappelé les travaux d'un grand nombre de médecins recommandables de la seconde moitié du dix-

huitième siècle sur la même question. Au reste, comme les idées qui sont au fond de cette doctrine sont vraies, il faut bien qu'elles trouvent leur justification dans les faits. Sans doute, la fièvre typhoïde, surtout quand elle existe à l'état épidémique, n'est point toujours parfaitement identique à elle-même. Outre l'influence mystérieuse, occulte, des constitutions médicales, il y a l'influence, plus facile à pénétrer, des conditions physiologiques dans lesquelles la prospérité publique ou la misère, l'abondance ou la pénurie alimentaire jettent les populations; mais ce ne sont là que des accidents, et le fond du mal, l'affection, la maladie proprement dite, c'est une atteinte profonde portée aux forces radicales de l'organisme. Aussi bien reçues pour certain que là même où ces conditions tendraient évidemment à donner une forme sthénique au mal, le fond en est toujours une faiblesse, une stupeur radicale qui exclut tout excès antiphlogistique. Non, jamais on n'a guéri un individu atteint de fièvre typhoïde par le knout des saignées coup sur coup. Tout ce qu'on peut mettre en pareil cas au bénéfice de la méthode, c'est qu'on n'a pas tué, tant est puissante la réaction vitale dans certaines organisations noblement douées. M. Bayle a parfaitement traité cette question importante entre autres ; son livre sera un excellent guide pour qui se pénétrera bien de l'esprit sage de l'auteur.

La même circonspection, qui n'est pas plus ici que là de la pure expectation, se remarque dans le long chapitre qui traite des phlegmasies. L'auteur, qui tient compte des lésions anatomiques, bien qu'il n'y voie qu'une sorte de symptomatologie interne, combat les lésions en même temps que la diathèse dont elles sont l'expression par les antiphlogistiques. Seulement il y met de la mesure et ne fait pas de la médecine comme on fait des lois, applicables à tous et à chacun, sans qu'aucun puisse exciper de son ignorance pour en éluder l'application.

En un mot ce livre, qui n'est pas fini, mais qu'un second volume complétera bientôt, nous espérons, est marqué au coin d'un esprit juste, sage et prudent : lui souhaiter la bienvenue, c'est moins encore servir l'auteur que le public médical lui-même.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Des accidents consécutifs a l'emploi du tartre stibié a dose vomitive; de la possibilité de les prévoir et de les prévenir. — Il n'est que trop vrai malheureusement que chez certaines personnes il

existe une susceptibilité exagérée à l'action du tartre stibié, et que chez elles la dose la plus légère de cette substance produit des effets considérables, quelquefois même des troubles fonctionnels suffisant pour amener la mort, sans laisser de traces appréciables de son action sur les organes. Ce sont là de ces anomalies d'action qu'il est impossible d'expliquer autrement que par la prédisposition individuelle, par l'idiosyncrasie, et dont la rareté même ne doit pas faire renoncer à l'emploi d'un médicament aussi précieux que le tartre stibié. Il serait bien important cependant de prévoir ces accidents ; et dans une leçon qu'il a faite à ses élèves, à propos d'un fait de ce genre survenu dans son service, M. Beau, médecin de l'hôpital Cochin, a indiqué quelques circonstances qui lui paraissent de nature à éveiller les soupçons du médecin à l'endroit de cette susceptibilité.

La malade qui a succombé dans son service était une femme de vingt-cinq ans, couturière, bien constituée et d'une bonne santé habituelle, entrée le 23 mars et accouchée le 24 à sept heures du matin d'un premier enfant, après un accouchement naturel. Le 25, la constipation datant de plusieurs jours, on donna 20 grammes d'huile de ricin dans du bouillon gras ; ce purgatif ne détermina pas de selles. Le 26, la malade n'a pas de fièvre ; inappétence ; pas d'évacuations alvines depuis l'accouchement. (Eau de Sedlitz à 30 grammes.) Le 27, il y a une selle peu abondante, face rouge, peau chaude, appétit nul, pouls fréquent, à 96. Le 28, même état ; pouls à 96. La langue est recouverte d'une écume blanchâtre ; la bouche est pâteuse, amère ; anorexie ; un peu de toux, respiration normale. (Tartre stibié, 0,10 ; poudre d'ipéca, 1 gramme ; julep, 125. Diète.) La potion ne cause pas de vomissements, mais détermine dans la soirée et dans la nuit plusieurs selles jaunes surabondantes. Le 29, pas d'amélioration. Pouls à 96, peau chaude, langue saburrale ; bouche mauvaise ; anorexie. Un peu de toux, et pourtant la respiration ne présente rien d'anormal. (Tartre stibié, 10 centigrammes ; poudre d'ipéca, 1 gramme ; julep, 125 grammes. Diète.)

La potion est donnée à onze heures du matin ; elle détermine des vomissements abondants de matières bilieuses. Deux heures après l'ingestion du médicament surviennent des évacuations alvines abondantes, de même nature que les vomissements. Trois heures du soir : la face est altérée, décomposée ; les yeux caves, entourés d'un cercle noirâtre ; les vomissements et les selles continuent ; pouls petit et fréquent ; extrémités froides et cyanosées. La malade est dans un état complet de prostration, un peu de délire. (Glace à l'intérieur, boules d'eau chaude aux pieds, quelques cuillerées de

bouillon coupé et glacé.) Sept heures du soir : les mêmes accidents persistent ; respiration haletante, voix éteinte, refroidissement et cyanose plus marqués, suppression d'urine. Les symptômes augmentent dans la soirée et la malade meurt dans la nuit.

A l'autopsie on trouve l'estomac sain, mais les intestins rouges et injectés en plusieurs points de leur étendue et remplis par un liquide jaunâtre ; l'intestin grêle parsemé d'un nombre considérable de follicules pâles et hypertrophiés, surtout près de la valvule iléocœcale, les poumons sains et les méninges un peu injectées.

Depuis vingt ans, M. Beau n'a observé qu'une dizaine de ces cas où le tartre stibié a causé des accidents graves, et sur ce nombre il y a eu deux morts. Or, dans le second cas suivi de mort, comme dans celui-ci, les accidents ne sont survenus qu'après la deuxième administration de l'émétique, alors que les premières évacuations n'avaient pas amené d'amélioration dans l'état général. M. Beau a retrouvé dans ces deux cas ce même signe, et il le regarde comme une indication pratique pour éviter de semblables accidents. Il le résume ainsi :

Quand l'administration du tartre stibié a produit des évacuations abondantes, sans amener une amélioration sensible dans l'état général du malade, il faut s'arrêter et se garder de revenir au même moyen ; et si le lendemain et les jours suivants on a besoin de recourir aux vomitifs, il faut choisir l'ipécacuanha.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Allaitement. *Emploi du nerprun alaterne comme moyen d'empêcher ou de suspendre la sécrétion lactée.* Le vent souffle décidément aux antilaiteux. Il y a quelques mois à peine les journaux de médecine étaient pleins de faits rapportés par M. Coutenot à l'appui de l'emploi de l'huile de chènevis comme moyen de tarir la sécrétion mammaire. Et voilà maintenant que de l'Italie nous arrive le nerprun alaterne avec des propriétés toutes semblables, célébrées par l'éditeur du *Florilegio medico* de Rome. On sait que le nerprun alaterne est un arbrisseau cultivé dans les jardins du midi de la France pour son feuillage toujours vert ; mais jusqu'ici personne n'avait songé à en faire un médicament de quelque utilité. Notre confrère prétend que les femmes récemment accouchées ou qui allaitent, si par diverses circonstances il leur est impossible d'entreprendre ou de continuer l'allaitement, voient par l'administration d'une infusion aqueuse des feuilles du nerprun alaterne, se suspendre la sécrétion lactée et se dissiper rapidement le gonflement des mamelles, gonflement d'autant plus fâcheux pour les malades qu'il est trop souvent suivi d'inflammation de ces organes. Il ajoute que, quelque attention qu'il ait faite pour se rendre compte du mode d'agir de ce médicament, il n'a pu parvenir à saisir la moindre modification dans les sécrétions ou les excrétions des femmes ; ce qui le porte à croire que l'alaterne possède une action élective spéciale sur la glande mammaire, capable de paralyser les fonctions sécrétoires et méritant par conséquent

d'être expérimentée dans les autres engorgements de cette glande. La dose est de cinq à six feuilles dans deux livres d'eau bouillante, à prendre à volonté. — C'est à nos confrères du Midi que nous faisons appel pour nous dire ce que nous devons penser de cette prétendue propriété antilaiteuse de l'alaterno et pour en faire justice si elle n'est pas fondée. (*Racoglit. med. di Fano*, août.)

Ascite. *Guérison spontanée par un flux séreux des mamelles.* Il paraîtra peut-être extraordinaire à quelques personnes que nous consignions ici un fait dans lequel la nature a procédé d'elle-même par une voie qu'elle suit bien rarement. Mais la thérapeutique consiste plus qu'on ne pense à suivre la nature dans sa direction et dans ses efforts et surtout à ne pas la contrarier dans ses tendances. C'est précisément pour que le médecin n'oublie pas que la guérison est possible suivant des modes très-divers et qu'on doit plutôt encourager que troubler les flux séreux dont la nature peut utiliser la présence, au point de vue de la solution des épanchements hydropiques, que nous rapportons le fait suivant :

Une femme de vingt-cinq ans, mariée et mère de sept enfants, s'était bien portée jusqu'en 1847 ; à cette époque elle avait eu, à courts intervalles, le typhus et la dyssenterie. Elle était convalescente de cette dernière maladie, lorsqu'elle s'aperçut d'un gonflement considérable des pieds et plus tard d'un peu de développement de l'abdomen, qui augmenta peu à peu de volume, jusqu'à la gêner dans l'accomplissement de son travail. Perte d'appétit, règles supprimées depuis plusieurs mois ; mais la figure de la malade n'indiquait pas cependant ce trouble sérieux de la santé. L'œdème des extrémités inférieures céda rapidement au traitement et l'épanchement ascitique semblait en bonne voie de résolution, lorsque survint une bronchite aiguë qui eut pour effet immédiat de suspendre la résolution. L'ascite se reproduisit en peu de jours et la respiration devint assez gênée pour nécessiter la paracentèse qui donna issue à une très-grande quantité de liquide. Pendant un mois à la suite, la malade sembla marcher vers la convalescence et rien ne semblait indiquer le retour de l'hydropisie, lorsqu'à la suite d'une légère exposition au froid, la malade fut reprise de bronchite et presque immédiatement l'ascite se reproduisit. Pour la seconde fois les moyens ordinaires échouèrent et M. Finn songeait déjà à une nouvelle paracentèse lorsqu'il en fut détourné par l'apparition d'un nouveau phénomène, l'écoulement en très-grande quantité d'un fluide séreux par les deux mamelons, écoulement qui se prolongea pendant plusieurs heures ; parallèlement à cette exsudation, l'épanchement abdominal diminua sensiblement et finit par disparaître en un peu plus de vingt-quatre heures. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que l'ascite ne s'est pas reproduite depuis, et la malade a été revue trois ans après par M. Finn, en très-bonne santé. (*Dublin Journ. of med.*, août.)

Atrésie vulvaire (*Nouveau cas d'*) *guérie par le décollement.* En parlant des procédés mis en usage par M. Bouchacourt, dans le fait d'atrésie vulvaire que nous avons rapporté dans un de nos derniers numéros, nous avons oublié de mentionner que c'est à Amussat qu'appartient l'idée première de cette méthode de décollement. Il y a plus, c'est qu'Amussat appliquait cette méthode du décollement non pas seulement à l'atrésie par adhérence des petites lèvres, mais à l'atrésie par adhérence des grandes lèvres, c'est-à-dire à la véritable atrésie vulvaire. Le fait rapporté par M. le docteur Hulin est un nouvel exemple à l'appui de cette pratique.

Au commencement de mai, on présenta à M. Hulin une petite fille âgée de sept mois, chez laquelle les grandes lèvres étaient adhérentes dans une partie de leur épaisseur et dans presque toute leur hauteur, laissant seulement entre elles, à leur partie supérieure, une petite ouverture donnant imparfaitement passage aux urines. Un stylet en argent pénétra avec un peu de difficulté par cet orifice rétréci ; après l'avoir franchi, le stylet se trouvait plus à l'aise, et, en le poussant en arrière, on rencontrait une nouvelle résistance, puis on sentait que le stylet franchissait de nouveau un orifice, parcourait un canal étroit et arrivait ensuite dans une cavité assez spacieuse, comme le serait la vessie d'un enfant. Un jet d'urine s'échappa le long du stylet. Le petit doigt, introduit dans le rectum, sentait le stylet, mais séparé par une certaine épaisseur. Le stylet retiré, puis introduit de nouveau par l'orifice vulvaire, pénétra de bas en

haut en le poussant plus profondément et plus en arrière; le doigt qui était resté dans le rectum le sentait facilement, séparé seulement par l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. Le vagin ne faisait donc pas défaut. Alors M. Hulin se décida à faire l'opération par la méthode dite du décollement. Il pressa avec l'extrémité de la sonde cannelée sur le raphé médian qui unissait les grandes lèvres; avec de la patience et un peu de force le décollement se fit et mit les petites lèvres à découvert. Celles-ci adhéraient entre elles dans leurs trois quarts inférieurs et furent facilement décollées par le même procédé. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang. La vulve ainsi ouverte permit de constater que les parties qu'elle voilait étaient dans leur état naturel. Un petit linge enduit de cérat fut introduit entre les lèvres; soins de propreté. Quelques jours suffirent à la cicatrisation. (*Gaz. des Hôp.*, juin.)

Codéine (*Action physiologique et thérapeutique de la*). Pourquoi un alcaloïde aussi important que la codéine n'a-t-il pas pu prendre place dans la thérapeutique usuelle? A cela il y a plusieurs raisons: le prix élevé de cette substance, mais aussi peut-être l'absence de bonnes expérimentations physiologiques et thérapeutiques établissant une différence marquée entre cet alcaloïde et la morphine. C'est donc avec plaisir que nous voyons reprendre la question, et M. Berthé nous paraît avoir rendu un véritable service à la pratique par les expériences qu'il a entreprises à cet égard. Il résulte, en effet, des expériences de M. Berthé : 1° que, contrairement à l'opinion émise par M. Kunkel, la codéine paralyse complètement le train postérieur des animaux auxquels on l'administre à dose toxique; 2° que le phénomène de la rétroprogression, qui avait porté ce physiologiste à lui reconnaître une action toute particulière sur le cervelet et la moelle allongée, ne s'est jamais et dans aucun cas manifesté, et, qu'en conséquence, rien n'indique qu'elle possède cette propriété; 3° que conformément à l'opinion émise par M. Barbier, elle paraît avoir une action spéciale sur le système nerveux du grand sympathique, action qui se manifeste par une diminution sensible de la faim, et surtout par une tolérance extraordinaire de tous les organes digestifs à l'ingestion stomacale de l'acide arsénieux; 4° que loin d'accélérer la circulation et la respiration, ainsi que l'annonce M. Kunkel, elle paraît presque sans effet sur ces deux fonctions, mais que lorsqu'elle en provoque un sensible c'est toujours un ralentissement de la circulation; 5° que la puissance d'introduction de la codéine est sur les chairs aussi considérable que celle de la morphine; 6° que, contrairement à l'opinion de M. Grégory, les sels sont plus actifs que l'alcaloïde lui-même; 7° enfin que l'activité de cette substance étant vraiment considérable, elle doit être appelée à rendre de très-grands services à la médecine; mais que son action spécifique n'a pas été suffisamment mise en lumière.

Nous croyons savoir que des expériences sont faites en ce moment dans plusieurs services d'hôpital avec la codéine; mais jusqu'ici un seul médecin, M. Des Brulais, a répondu à la demande de M. Berthé, en faisant connaître le résultat de sa pratique. Or, d'après ce médecin, tandis que l'extrait gommeux d'opium, variable dans ses effets par suite de circonstances inhérentes à sa préparation ou à la qualité de l'opium, produit des rêvasseries, des nausées, des vomituritions, un sentiment d'angoisses, trouble la digestion, est souvent fatal aux enfants, congestionne le cerveau des vieillards, agite les femmes nerveuses ou les laisse névralgiques très-souvent et très-longtemps, tandis que la morphine stupéfie et empoisonne, la codéine à la dose de 2 à 5 centigrammes, prise au lit par un estomac inoccupé, ne produit ni nausées ni rêvasseries, mais bien un calme paisible et réparateur, un sommeil parfaitement doux et tranquille; c'est un calmant direct du système nerveux cérébro-rachidien et en outre du système ganglionnaire; elle est préférable contre toutes les névroses ou névralgies aux autres préparations d'opium. Elle doit se donner le soir de préférence et toujours au lit; on divise la dose de 4 à 5 centigrammes en deux pilules qu'on administre à intervalle de deux à trois heures, si besoin est. (*Moniteur des Hôp.*)

Diathèses (*Nouveau fait à l'appui de l'emploi des exutoires dans certaines*). C'est à regret que nous avons vu jeter de la défaveur sur l'emploi des exutoires, et il n'était pas difficile de comprendre que de pareilles attaques devaient amener une réaction. Pour notre part, nous ne pourrions que nous en féliciter si elle assu-

rait une place convenable à un moyen que l'on ne veut pas apprécier à sa juste valeur, parce qu'on paraît vouloir lui demander plus qu'il ne peut donner. Qu'une maladie grave une fois lancée ne soit pas toujours arrêtée par les exutoires, lorsque sa marche est rapide et ses progrès incessants, nous le comprenons, et il n'est pas difficile de se rendre compte de l'insuccès des exutoires dans ces cas; mais là où ils l'emportent, c'est lorsqu'il s'agit d'entraver un travail morbide à marche chronique, de combattre surtout l'influence des diathèses, en épuisant en quelque sorte leur action dans la lésion artificielle. C'est ce qui assure le succès des exutoires dans les tumeurs blanches des articulations, de nature scrofuleuse par exemple. M. le docteur Simyan cite à ce sujet six cas de tumeurs blanches d'origine scrofuleuse qu'il a conduits jusqu'à une guérison parfaite qui date déjà de quatre ou cinq ans pour la plupart. C'étaient des tumeurs blanches du genou, dont quatre avec fistules. Cinq ont été guéries par les cautères à la potasse et à la poudre de Vienne, au nombre de huit à dix entourant l'article malade et successivement placés de manière à y entretenir une suppuration extérieure de quatre à cinq mois; la sixième a été guérie par la cautérisation transcurrente, et deux de ces tumeurs ont parfaitement guéri, sans le secours d'aucun traitement interne. La phthisie scrofuleuse elle-même trouve dans l'emploi des exutoires à demeure un des meilleurs moyens d'en suspendre les progrès, et M. Simyan cite à ce propos l'observation d'un vannier, âgé de trente ans, depuis longtemps en traitement pour des tubercules suppurés du testicule, à la constitution débile, au teint pâle, amaigrissement progressif, hérédité tuberculeuse (deux frères morts phthisiques). Depuis trois ans, toux, expectoration caractéristique, hémoptisies fréquentes, matité sus et sous-claviculaire, dans la fosse sus-épineuse gargouillement, fièvre hectique, bref tous les caractères pathognomoniques des tubercules pulmonaires au deuxième degré. Il portait en même temps un engorgement tuberculeux du testicule droit. Au moment où apparurent les symptômes de la deuxième période de la phthisie, eut lieu la fonte de ces tubercules et l'établissement consécutif des fistules scrotales. Peu de temps après, diminution notable des symptômes respiratoires. Le malade, se trouvant beaucoup mieux, désirait se débarrasser de ses ulcères fistuleux que M. Simyan traita par les injections avec la teinture d'iode étendue d'eau : huile de foie de morue, toniques. La cicatrisation était à peu près obtenue, et l'on avait perdu le malade de vue, lorsqu'il se présenta pour réclamer le rétablissement de cette suppuration qu'il considérait comme le seul moyen préventif à opposer aux accidents alarmants qui avaient reparu depuis la guérison de son affection testiculaire. Un séton traversa le testicule et détermina après quelques jours une suppuration abondante, qui fit disparaître une deuxième fois les symptômes les plus apparents de la phthisie. Il y a quelques jours à peine, le malade ayant eu l'imprudence d'enlever la mèche et de laisser la plaie se refermer, presque immédiatement les symptômes thoraciques reparurent avec leur première intensité, et il se vit forcé, à son grand regret, de rétablir la suppuration, qui en quelques jours fit cesser de nouveau les symptômes des voies respiratoires. (*Gaz. des Hôp.*, juin.)

Erysipèle (*Emploi topique de la créosote dans l'*). Ce traitement que recommande M. Delarue, médecin de l'hospice des Vieillards, à Bergerac, comprend, en outre d'une pommade créosotée, l'emploi de la diète, des boissons fraîches appropriées et des lavements adoucissants; il est donc bien difficile de dire si c'est à la pommade dont nous allons donner la formule, ou au régime diététique et antiphlogistique que notre confrère doit les guérisons obtenues par lui depuis onze années, dans un espace moyen de six jours. Cette pommade se compose de :

Axonge..... 60 grammes,
Créosote.... 8 grammes,

que l'on étend toutes les deux heures en quantité suffisante, et sans autres précautions sur les téguments affectés. (*Journ. des Conn. méd.-chir.*, août.)

Hydarthrose *ancienne du genou; guérison momentanée par l'injection iodée.* En faisant connaître le fait suivant, nous nous proposons bien moins de citer un nouvel exemple à l'appui des injections iodées dans les cavités articulaires, cette question nous paraissant manifestement jugée, que de mettre les médecins en garde contre des espérances trop exagérées, fondées sur un pareil moyen. Il ne faut

pas oublier en effet que la modification produite dans l'état de la séreuse articulaire par l'injection iodée peut bien aller jusqu'à suspendre momentanément l'exsudation, mais que si l'hydropisie articulaire a sa raison d'être dans des conditions autres que l'état de la membrane interne, l'épanchement ne tardera pas à se reproduire, comme on voit les injections iodées, dans les ascites liées à des maladies organiques de l'abdomen, modifier heureusement pendant quelque temps l'état morbide et suspendre pour quelques jours, quelques mois même, l'exhalation séreuse qui ne tardera pas à se reproduire.

Le fait rapporté par M. Bitot est relatif à un jeune homme de dix-sept ans, apprenti cordonnier, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution faible, atteint d'une hydarthrose considérable du genou gauche, datant de deux ans et mesurant 10 centimètres de plus que le genou sain. Irrigation continue, pommades excitantes et résolutives, huit grands vésicatoires, la compression par les bandelettes agglutinatives, par une bande de caoutchouc vulcanisé, enfin l'évacuation du liquide avec compression n'avaient amené qu'une amélioration momentanée. L'injection iodée fut enfin pratiquée; les jambes étant dans l'extension et le genou complétement enveloppé d'une bande de caoutchouc vulcanisé, de manière à comprimer moins au milieu qu'aux extrémités, M. Bitot ponctionna avec un trocart de petit calibre sur le point le plus saillant et le plus fluctuant de la partie interne; il s'écoula un demi-verre ordinaire d'un liquide demi-visqueux, de couleur citrine, et cette ponction fut immédiatement suivie de l'injection dans l'articulation d'un mélange de deux pintes d'eau et d'une partie de teinture d'iode avec addition d'iodure de potassium, qui fut laissé une minute seulement dans la cavité synoviale et chassé comme le liquide épanché par la rétractilité du caoutchouc qui s'opposait en entier à la rentrée de l'air. L'injection fut assez douloureuse; le soir, le genou était le siége d'une chaleur assez vive et d'un peu de douleur; pouls large à 100. Dans la nuit la tuméfaction augmenta et, le 24, le genou était plus volumineux qu'avant l'opération. Le jour suivant, l'état général s'amenda rapidement, l'état local resta à peu près stationnaire jusqu'au 30. A partir de ce jour, le genou diminua de volume, mais lentement, et il était guéri six mois après, lorsqu'à la suite d'une suppression de la transpiration, son genou devint le siége d'une douleur et d'une chaleur vives avec gonflement plus considérable qu'à la première atteinte. Deux larges vésicatoires et quatre cautères appliqués plus tard simultanément ont peu fait pour le retour de l'articulation à son état normal, et le malade présentait, lorsque M. Bitot a publié cette observation, son genou arrondi, mou, fluctuant, mesurant 3 centimètres de plus que le genou opposé, et douloureux à la pression. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, août.)

Pneumonie (*De l'emploi du sulfate de quinine dans certaines formes de*). L'administration du sulfate de quinine à une période avancée de la maladie, chez les sujets âgés et d'une constitution débilitée, n'est pas une nouveauté en thérapeutique. Il en est de même pour les cas où la pneumonie se complique d'accidents d'intermittence très-francs et même larvés. Mais donner le sulfate de quinine de bonne heure, au voisinage du début de la maladie, voilà certainement de quoi surprendre ceux qui ont pris l'habitude de regarder la pneumonie comme la maladie la plus franchement inflammatoire du cadre nosologique, et à ce titre de la combattre par les émissions sanguines *largâ manu*. La pneumonie est-elle cependant toujours semblable à elle-même, et s'il y a des cas franchement inflammatoires, n'y en a-t-il pas un certain nombre qui, se développant dans des conditions individuelles les plus fâcheuses, ne peuvent supporter les traitements débilitants, quels qu'ils soient, et réclament comme telles l'emploi des toniques et même du sulfate de quinine? M. Gordon, qui a été témoin de ces faits en Irlande, où l'alimentation si insuffisante des pauvres et les maladies qui sont la conséquence de cette insuffisance alimentaire plongent la constitution dans un affaiblissement des plus profonds et donnent à la maladie une rapidité incroyable dans sa marche; M. Gordon s'est assuré que les toniques ne suffisent pas et qu'il faut en venir au plus tôt au sulfate de quinine qui possède seul une action spécifique sur cette forme de la maladie. Ce médecin donne d'ailleurs les signes suivants comme pouvant servir à établir la distinction entre cette forme de la pneumonie et la pneumonie ordinaire: 1° l'absence de chaleur à la peau,

quelquefois sèche, d'autres fois moite ou couverte de transpiration, coïncidant avec un aspect jaunâtre tout particulier qui ne s'efface quelquefois qu'après la disparition de tous les signes physiques de la maladie; 2º la toux courte, fréquente et sans aucun effort bien marqué, bien différente de la toux douloureuse et pénible de la pneumonie ordinaire; 3º l'absence de toute expectoration qui n'est ni visqueuse, ni homogène, ni tenace; 4º la rareté du point de côté dont le malade indique souvent le siége vers le côté sain; 5º l'absence de fièvre vive; le pouls étant au contraire, bien que fréquent, toujours faible et légèrement saccadé. Et avec les symptômes généraux, on n'entend jamais de râle crépitant, mais de la faiblesse, du murmure respiratoire, quelquefois avec conservation du caractère vésiculaire, d'autres fois avec respiration tubaire, toujours avec matité. Que si l'on donne à ces malades 25 centigrammes de sulfate de quinine toutes les trois heures, dans quelques cas on doit aller jusqu'à 50 centigrammes pour la première dose; on voit très-rapidement le pouls perdre, de sa fréquence, et ce qui est plus remarquable encore, c'est la rapidité des modifications dans les signes physiques, la respiration bronchique et la bronchophonie étant remplacées en vingt-quatre heures par du murmure vésiculaire faible ou naturel. (*Dublin Journ. of med.*, août.)

Pourriture d'hôpital (*Effets remarquables des applications topiques de la teinture d'iode dans la*). Dans un mémoire très-intéressant, M. Surdun, qui a eu l'occasion d'expérimenter sur une grande échelle les effets des applications topiques de teinture d'iode dans la pourriture d'hôpital, résume ainsi les règles qui lui paraissent devoir présider à l'emploi de ce moyen, dont il a obtenu les effets les plus merveilleux. Lorsque la pourriture, dit-il, envahit les plaies presque cicatrisées, il est essentiel d'injecter la teinture d'iode profondément au-dessous des tissus décollés pour empêcher la destruction de la cicatrice qui a lieu quelquefois rapidement, et avec une douleur extrême, surtout dans les moignons des amputés. Lorsque la plaie est plus étendue, qu'elle n'a guère intéressé que la peau et les tissus sous-cutanés et que la pourriture d'hôpital se présente sous forme pulpeuse, il peut être utile d'appliquer préalablement un emplâtre vésicant pour détruire la fausse membrane qui recouvre la plaie et de panser ensuite les surfaces dénudées avec des plumasseaux imbibés d'un mélange, à parties égales, d'eau et de teinture d'iode. Quand la pourriture d'hôpital débute sous la forme ulcéreuse, le meilleur mode d'application consiste à enduire avec soin la plaie avec un pinceau imbibé de teinture d'iode, qui est porté dans tous les clapiers et dans toutes les anfractuosités, après qu'on a pris le soin de laver la plaie soit avec l'eau chlorurée, soit avec une solution d'acide citrique. Dans tous les cas, et c'est là un point important, une compression bien ménagée et dans un sens favorable, pour diminuer, autant que possible, l'étendue des surfaces affectées ou susceptibles de l'être, ne doit pas être négligée, quand bien même, ce qui arrive assez souvent, il y aurait tuméfaction. Enfin, lorsqu'on a des cas de pourriture, soit dans un hôpital, soit à bord d'un navire ou dans tout autre endroit, l'auteur se demande s'il ne serait pas convenable de panser toutes plaies sans distinction avec du cérat ou avec une eau contenant une quantité, si minime qu'elle soit, de teinture d'iode.

M. Surdun ajoute qu'il a fait des expériences avec d'autres agents topiques : sulfate de fer, ammoniaque pure, acide citrique, jus de citron, alcool camphré; ce dernier lui a paru peu efficace, mais moins que lui le mélange antiseptique de poudre de quinquina et de charbon. Le cautère actuel lui a donné de très-bons résultats. Mais en somme, dit-il, l'emploi méthodique de la teinture d'iode, selon les indications, paraît le plus commode et le moins douloureux des moyens mis en usage contre cette maladie, après cependant la cautérisation; car il est à remarquer que dès que le feu a produit son action, le malade ne souffre plus, tandis que les douleurs, après l'application de la teinture d'iode pure ou mélangée, peuvent durer une heure et quelquefois deux heures. (*Revue thérap. du Midi*, août.)

Syphilis. *Accidents secondaires et tertiaires; emploi du cyanhydrargyrate d'iodure de potassium.* Les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis, dit M. Venot, diffèrent dans leur port, leur aspect, leur physionomie, suivant qu'ils ont pour antécédent ou le chancre primitif induré, qu'il soit cutané ou muqueux, mais accessible aux sens et passible d'un traitement local, direct, topique, en un mot, le

chancre extérieur, ou le chancre larvé, profond, invisible, se dérobant sous le bénéfice de la blennorrhagie aux effets médicateurs qui peuvent en modifier, en faire même avorter la puissance contagieuse et inoculable. Cette différence d'état, ajoute-t-il, modifie essentiellement la gravité constitutionnelle de ces deux classes d'accidents, non qu'il y ait dégénérescence dans la propriété du virus et dans ses produits, non qu'il y ait, par le fait même de la dissemblance autre chose qui ait rapport du plus au moins; mais enfin, on peut, on doit établir une véritable échelle de proportion entre ces variétés, pour s'en rendre exactement compte. Et, ajoute-t-il encore, ce qui fortifie ces distinctions pratiques, c'est que la médication semble devoir se modifier suivant l'une ou l'autre classe d'accidents, l'action négative des mercuriaux et des iodures rendant encore plus éclatante et plus curative celle du cyanhydrargyrate d'iodure de potassium. Autrement dit et sans vouloir entrer dans la question doctrinale, nous acceptons comme parfaitement démontré, qu'il est des cas dans lesquels les accidents secondaires et tertiaires se combinant, ce n'est ni aux mercuriaux seuls alors, ni à l'iodure de potassium donné seul que l'on peut demander la guérison, c'est à l'association de ces deux agents, et le cyanhydrargyrate d'iodure de potassium les représente réunis dans une préparation convenable et dans une activité suffisante, si l'on en juge par les faits rapportés déjà il y a quelques années par M. de Castelnau et par ceux que rapporte M. Venot. Nous citerons brièvement les trois observations de notre confrère.

Obs. I. Garçon de café. Trois blennorrhagies successives, dont la dernière, presque interminable, avait laissé dans l'urètre deux traces indurées que le doigt retrouve sur ce tube excréteur, mais qui ne dévient pas le trajet de l'urine; pas de chancres. A cet état de l'urètre a succédé dans un temps assez court, quatre mois, une série d'accidents mixtes secondaires et tertiaires, taches ou élevures de la peau, coloration cuivrée, forme ronde sur le thorax et le cou, suppuration d'un ganglion cervico-maxillaire, rougeurs suppurantes avec végétations à large bord au pourtour de l'anus; cavité buccale couverte d'aphthes larges, gris au centre et inégalement découpés sur un fond vif et animé. Insuccès des mercuriaux et de l'iodure de potassium. On administre alors une cuillerée à bouche, matin et soir, de la solution de cyanhydrargyrate, de 30 pour 150 grammes d'eau distillée, et par dessus une verrée d'infusion à froid de quassia amara. Gargarisme avec une solution semblable, dans la proportion d'une cuillerée pour demi-verrée d'eau d'orge, et lotions sur les dermatoses avec le même mélange. Amélioration très-rapide : quinze jours après, les aphthes ont disparu, pustules décolorées et s'affaissant à vue d'œil. Un mois après, on porte la dose à quatre cuillerées dans les vingt-quatre heures, et à six cuillerées le troisième mois. Le mieux se prononce de plus en plus, les localisations marbrées s'effacent chaque jour, les forces se relèvent, et la santé se complétant, on peut renoncer à la médication après deux mois et demi.

Obs. II. Cocher de citadine. Vieille blennorrhagie, réveillée par des excès alcooliques : entre à l'hôpital avec écoulement de muco-pus et présence d'un nodus dans l'urètre, au niveau de l'angle pénio-scrotal. Emploi, sans succès, pendant cinq jours, du cubèbe et de la liqueur de Van-Swiéten, pas d'action; au contraire, éruption générale d'une sorte d'exanthème sans prurit, avec complication d'aphthes palatins et gutturaux, tubercules placés sur les bords et la pointe de la langue, céphalalgie et douleurs profondes dans les jambes. On commence le soluté de cyanhydrargyrate à l'extérieur, en gargarismes et en lotions. Guérison en vingt jours.

Obs. III. Lancier en congé : exostose pisiforme sur l'apophyse montante du maxillaire gauche, éraillures croûteuses aux commissures labiales, rayonnant en espèces de rayures rouges et blanches sur la muqueuse des deux joues; syphilides; renflements ganglionnaires dans les deux espaces inguinaux; deux condylomes latéraux du sphincter, suppurants, rouges, végétatifs, teinture livide du gland et de la muqueuse du prépuce, *punctum* marqué sur le trajet de l'urètre, pas de suintement, bien que le malade ait eu seulement une chaude-pisse. Traitement depuis deux mois sans succès par le sirop de Cuisinier et les frictions mercurielles. Administration du sel hydrargyro-potassique. Guérison rapide. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, août.)

VARIÉTÉS.

DE L'IDENTITÉ DES EAUX AUX JAMBES ET DU COW-POX.

La vaccine peut-elle être produite par les eaux aux jambes ? Telle est la question qui a été soulevée devant l'Académie de médecine, à l'occasion d'une communication de MM. Manoury, de Chartres, et Pichot, médecin à la Loupe.

Cette question n'est pas nouvelle, elle date de l'origine même de la vaccine. Ainsi Jenner avait déjà manifesté à cet égard deux opinions différentes. Il avait cru d'abord que les eaux aux jambes du cheval étaient inoculables à l'homme (à l'état aigu), et qu'elles produisaient une éruption parfaitement semblable à la vaccine. Plus tard, il avait fini par croire que la vache recevait la vaccine par l'inoculation des eaux aux jambes, et que ce n'était qu'ainsi que ce dernier virus pouvait être transmis à l'homme, mais jamais d'une manière directe. Cette dernière opinion a été longtemps partagée par la plupart des vaccinateurs ; elle s'appuyait principalement sur l'insuccès des expériences d'inoculation directe du liquide des eaux aux jambes. Cependant quelques faits de transmission directe sont venus modifier cette manière de voir et partager les opinions ; tels sont, entre autres, le fait observé par Sasko d'un palefrenier qui avait reçu le vaccin d'un cheval atteint d'eaux aux jambes ; le fait observé par M. Letenneur, en 1837, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Biett, et rapporté récemment dans la Gazette des hôpitaux (19 juin 1856), relatif à un maréchal ferrant qui avait également contracté une éruption vaccinale après avoir pansé des chevaux atteints d'eaux aux jambes ; et celui que vient de rappeler M. le docteur Rigodin, dans le dernier numéro de la Revue thérapeutique médico-chirurgicale, qui ne remonte pas à moins de quarante-cinq ou quarante-six ans, et qui nous semble ne rien laisser à désirer comme démonstration. Les choses en étaient là, et les esprits étaient encore partagés sur la question de savoir si les eaux aux jambes étaient directement inoculables à l'homme, si l'éruption que produit cette inoculation est identique à l'éruption vaccinale et capable comme elle de prévenir la petite vérole, en un mot si le cow-pox et les eaux aux jambes étaient de même origine et de même nature, lorsque le fait observé à Chartres par MM. Manoury et Pichot est venu jeter un nouveau jour sur la question, en montrant un nouvel exemple de transmission directe qui vient confirmer et appuyer les faits que nous venons de citer. Voici en peu de mots l'histoire de cette nouvelle inoculation :

Le 5 mars 1856, M. le docteur Pichot eut la visite du sieur Brissot, maréchal ferrant, jeune homme de vingt-huit ans environ, se plaignant de souffrir cruellement des mains. Il avait, en effet, les mains très-enflées, et sur ce gonflement s'élevaient des pustules opalines, confluentes, larges d'un centimètre environ, déprimées au centre et traversées par une petite croûte linéaire ; ces pustules avaient toutes les apparences des pustules vaccinales parvenues au huitième ou neuvième jour. Brissot déclarait qu'il n'avait approché d'aucune vache, on n'en ferre point dans la maréchalerie où il exerce ; mais il se souvient qu'il a ferré, il y a peu de temps, un cheval atteint des eaux aux jambes, le 11 février, c'est-à-dire vingt-quatre jours auparavant ; mais comme à cette dernière date, les pustules présentaient les apparences d'une vaccine de huit à neuf jours, il en résulte que c'était après quinze jours d'inoculation que l'éruption aurait commencé à se faire sentir. Il importe de dire que ce jeune homme n'avait pas été vacciné. A l'égard de la maladie du cheval, elle avait été constatée et reconnue par un médecin-vétérinaire très-compétent.

M. le docteur Pichot recueillit le liquide des pustules de Brissot et en envoya une partie à M. Manoury, à Chartres, l'autre à l'Académie de médecine.

Le lendemain, M. Manoury inocule avec ce virus un enfant de huit jours, né à l'hôpital de Chartres. Le quatrième jour de l'inoculation, une piqûre sur cinq se couvre d'un petit bouton rougeâtre ; le huitième jour, le bouton apparaît comme une grosse lentille remplie d'une sérosité jaunâtre, claire, entourée d'un cercle rosé d'un centimètre environ d'étendue ; après quoi il continue sa marche en suivant l'évolution ordinaire et bien connue des boutons-vaccins. Puis reprenant le virus de ce bouton unique, M. Manoury le transmit à deux jeunes filles et à un enfant de six jours. L'une de ces deux jeunes filles, âgée de vingt-deux ans, se souvenait d'avoir été vaccinée à sept ans, mais sans succès (elle

n'avait en effet aucune marque aux bras). Trois piqûres amenèrent trois pustules trop semblables à la vaccine pour mériter une description particulière.

La seconde jeune fille n'avait pas moins de vingt ans ; le succès fut complet : autant de piqûres, autant de pustules.

Enfin on fait à l'enfant de six jours cinq piqûres ; il vient cinq boutons.

Avec le virus de cet enfant, M. Manoury vaccine la sœur, âgée de sept ans, par trois piqûres au bras droit. Au neuvième jour, les boutons présentent l'aspect des pustules vaccinales les mieux caractérisées.

L'Académie avait reçu deux plaques, l'une contenant le virus recueilli chez Brissot, la seconde contenant le virus de deuxième génération recueilli sur l'un des enfants inoculés par M. Manoury. M. Bousquet a inoculé ces deux virus sur les mêmes enfants, l'un à un bras, l'autre à l'autre bras. Le virus de première génération a complétement échoué, il n'a produit ni boutons, ni fluxion, ni irritation. Mais avec le virus de seconde génération, au contraire, toutes les piqûres sans exception, au nombre de treize et distribuées sur trois enfants, ont été suivies de pustules qui ne différaient en rien des pustules vaccinales ordinaires.

Enfin il restait une dernière épreuve à faire pour s'assurer que ce virus avait réellement toutes les propriétés du virus vaccin, comme il en avait toutes les apparences et tous les caractères physiques ; elle devait consister à inoculer soit la variole, soit la vaccine en circulation, aux enfants qui venaient de subir l'inoculation du virus provenant des eaux aux jambes. Cette épreuve a été décisive, c'est-à-dire que tous les sujets sont restés réfractaires à cette dernière inoculation.

En présence de ce fait, et malgré quelques lacunes regrettables, il est difficile de se refuser à admettre l'identité d'origine et de nature du cow-pox et du virus des eaux aux jambes, à moins de supposer ici de la part du sujet de cette observation une supercherie dont on comprendrait difficilement le motif. Encore faudrait-il remonter aux faits analogues antérieurs et supposer la même infidélité dans les rapports, ce qui est peu supposable. Comment concilier maintenant ces faits avec l'insuccès presque constant des tentatives d'inoculation directes faites par plusieurs expérimentateurs, et avec la rareté de la production d'une éruption de cette nature chez les individus qui se trouvent par le fait de leur profession en rapport presque continuel avec les chevaux, d'après la remarque de M. Leblanc ? C'est probablement à l'innocuité acquise par la variole ou le vaccin qu'il faut attribuer cette contradiction apparente. Telle a été du moins l'opinion soutenue par MM. Bousquet et H. Bouley, en réponse à l'objection de M. Leblanc. Quoi qu'il en soit de la valeur des faits négatifs, les faits positifs restent, et l'enseignement qu'ils renferment ne devra pas être perdu pour l'avenir.

Par suite de la mort d'un assez grand nombre de médecins de l'armée d'Orient, des veuves et des orphelins se trouvent actuellement dans le plus grand besoin. Afin de leur venir en aide, une Commission s'est formée et a décidé qu'une souscription serait ouverte en leur faveur chez :

MM. le docteur baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président de la Commission, rue Monsieur-le-Prince, 12 ;
Le docteur Maheux, secrétaire de la Commission, rue des Jeûneurs, 39.

On recevra les souscriptions des personnes étrangères à la profession médicale.

M. Scrive, médecin principal de 1re classe, chef du service médical de l'armée d'Orient, a été promu au grade de médecin inspecteur en remplacement de M. Alquié, admis à la retraite.

Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : Au grade d'officier, M. Renault, directeur de l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort ; au grade de chevalier, M. Magne, professeur à la même Ecole, et M. Lhomme, jardinier en chef du jardin botanique de la Faculté de médecine.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des accidents produits par les ascarides lombricoïdes et de leur traitement,

Par M. le docteur HENRI ANCIAUX.

Suite (1).

1° L'*héméralopie*, c'est-à-dire la perte de la vue dès que la lumière du jour fait défaut, s'est offerte plusieurs fois à mon observation. La première fois que je la vis, ce fut chez une petite fille âgée de quatre ans. Ses parents sont de très-pauvres ouvriers journaliers, habitant la commune de Longueville; leur demeure, construite d'argile et recouverte de chaume, est située près d'un abreuvoir bourbeux; elle est basse, malpropre, et n'a qu'une fenêtre donnant au midi. Leur nourriture est détestable, du pain noir, sans beurre ni fromage; des pommes de terre, dont le sel est le seul assaisonnement; du café, de l'eau, telle est leur alimentation. Leurs vêtements sont déchirés et mal soignés. Lorsque je vis pour la première fois cette enfant, elle me frappa par le volume de son ventre; la partie supérieure du tronc se renversait en arrière; sa robe, entraînée par ce mouvement, laissait voir une partie des jambes nues : c'était la miniature d'une femme à son septième ou huitième mois de grossesse, et ce fait se retrouve souvent chez les enfants de nos pauvres paysans. La mère me raconta que, depuis bientôt trois mois, sa fille perdait la vue dès que le soir arrivait, il lui était impossible alors de faire un mouvement sans guide. La face de cette enfant était pâle, maigre, les yeux entourés d'une auréole noirâtre; la pupille était dilatée; le ventre offrait les mêmes phénomènes que j'ai signalés plus haut, en parlant des symptômes constants; son appétit était dévorant; il y avait parfois des coliques, de temps à autre de la diarrhée. La mère ne sut point me dire si son enfant avait évacué des vers. Je n'hésitai point cependant, pour fixer mon diagnostic, car la mauvaise nourriture, l'habitation insalubre, jointes aux symptômes dont j'ai parlé, me suffirent pour prescrire un traitement anthelminthique. L'enfant rejeta, la première fois, cinquante et quelques lombrics; elle en fit encore quelques-uns les jours suivants. Dès le lendemain du jour où la première expulsion eut lieu, il n'y eut plus d'héméralopie. C'est donc bien ici le cas de dire : *Naturam morborum ostendunt curationes*, et d'admettre, par conséquent, une héméralopie, due à la présence des vers dans le tube digestif.

[1] Voir le précédent numéro.

Voici encore une autre observation de cette nature : M..., cultivateur à Nil-Saint-Vincent, m'amena son fils, pour l'affaiblissement général duquel il me consulta. Cet enfant est pâle, a le teint plombé; il est maigre, ses yeux sont enfoncés et cernés, ses gencives son décolorées. Sa taille est moyenne ; il a le caractère fort sérieux ; il est très-studieux; souvent il est mélancolique et pleure sans motif.

Le sommeil est bon, tranquille; l'appétit est faible, le goût mobile. L'enfant souffre à l'estomac, il porte la main à la région épigastrique : « La douleur, me dit-il, ressemble à un resserrement. » Le ventre est tuméfié; il donne un son clair à la percussion. Il a souvent des coliques, parfois de l'entérorrhée, parfois de la constipation.

La coloration de son visage varie : souvent pâle, quelquefois il devient légèrement rosé. Il se plaint souvent de céphalalgie frontale; le soir, sa vue s'abaisse, quelquefois l'obscurcissement de sa vue est complet. Etant un jour à l'église avec son père, il ne put en sortir; on dut le conduire. Cet enfant a souvent des vertiges ; il chancelle dès qu'ils se manifestent.

Un traitement anthelminthique parvint aussi à le soulager; il fit dix-huit vers. La céphalalgie, l'héméralopie, etc., disparurent complétement ; cependant il resta un affaiblissement notable du tube digestif, avec douleur vers la région épigastrique, mais dès que les principaux symptômes furent amendés, je ne revis plus le malade.

Je possède encore plusieurs cas d'héméralopie de cause vermineuse, que je crois inutile de rapporter; on peut en lire un autre dans le Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

2° L'histoire de *syncope* que je vais ici rapporter est l'une des plus singulières qu'il m'ait été donné de recueillir, et je doute fort que la science en ait déjà enregistré de semblable.

Je fus consulté le 7 novembre 1855 pour un jeune garçon âgé de onze ans, fils de Joseph Degrauve, mécanicien, domicilié à Coroy-le-Grand, et Français d'origine.

La mère qui m'amena cet enfant m'apprit que depuis un an son fils était sujet à des syncopes. Cet accident lui arrivait tous les mois environ, quelquefois plus souvent; la perte de connaissance durait une demi-heure, quelquefois une heure et même deux, puis l'enfant se relevait, reprenait ses jeux ou ses occupations, ou bien quelquefois se mettait à manger comme si rien ne lui était arrivé.

La mère m'apprit en outre qu'aucun mouvement convulsif n'avait lieu, aucun cri n'était proféré, aucun geste n'était fait qui pût annoncer l'imminence de l'accident ; la chute se faisait, selon son expression, comme par un coup de foudre.

Le seul signe que les parents ont pendant l'accès remarqué est un clignotement imparfait et continuel des paupières ; quant au reste, l'enfant semble dormir d'un profond sommeil.

Je trouve cet enfant assez grand pour son âge, intelligent, fort maigre, pâle ; il a le ventre volumineux, l'ombilic très-saillant ; souvent il est pris de coliques et de diarrhée ; il mange beaucoup ; il a le caractère vif, irascible. Les yeux offrent une pupille très-dilatée ; les gencives sont pâles ; l'enfant a rendu quelquefois des lombrics.

Je prescris sur ces indications un électuaire vermifuge, que je fais suivre du sirop de M. Cruveilhier, à prendre deux cuillerées à bouche de jour à autre.

Le 15 novembre, je revois cet enfant, et j'apprends qu'il a fait huit lombrics très-gros et très-longs. Les pupilles sont moins dilatées, son ventre est moins volumineux, mais il y a encore des coliques ; la perte de connaissance n'est plus revenue, mais, deux mois après, elle se manifeste de nouveau ; elle dure plus longtemps, elle se montre toutes les semaines à plusieurs reprises.

Je revis le malade au mois de mars ; je l'examinai avec un soin tout particulier, m'efforçant en outre de m'insinuer dans sa confiance et d'obtenir de lui des renseignements utiles à mon diagnostic, car il communique peu ses idées relativement à son mal, il n'aime pas à en parler, et ses parents ne savent lui arracher aucun détail.

J'apprends à cette visite les faits assez curieux que voici : la mère a observé que l'enfant tombe toujours sur le côté gauche, le bras de ce côté porté généralement en avant, le long de la tête. Il ignorait ce fait, mais il m'informe qu'il ressent quelque chose de pénible de ce côté, que ce mal cesse tout à coup, qu'il reparaît ensuite, qu'il monte le long du tronc à gauche, passe par le bras, le cou et puis cesse ; mais alors une barre de la largeur du doigt se montre devant l'œil de ce côté, et dès qu'elle apparaît, la perte de connaissance a lieu. Le jeune malade me dit en outre qu'il sue tous les trois jours, que la chaleur est précédée d'un grand froid et de frissons. Tous ces renseignements me sont donnés avec la plus grande précision de la part du malade : j'examine la rate, que je trouve volumineuse. En présence de ces faits nouveaux et inattendus pour moi, il y eut un moment de doute dans mon esprit, et, abandonnant toute idée qu'avait pu faire naître un ensemble de circonstances pouvant d'ailleurs être trompeur, je me bornai à prescrire une médication indiquée par les faits pathologiques certains, je prescrivis le sulfate de quinine (30 centigrammes par jour), et j'ajoutai la potion suivante :

Teinture de cannelle...............	120 grammes.
Alcoolat de quinine................	4 grammes.
Sirop de sucre....................	q. s.

A prendre une cuillerée à café toutes les fois que l'accident apparaîtrait.

A partir de ce moment, les syncopes se multiplièrent avec une intensité effrayante; je joignis alors à mon traitement les pilules de belladone, qui n'eurent d'ailleurs aucun effet.

La série des phénomènes que j'observais me fit sérieusement réfléchir, je vis mon malade souvent. Un jour, j'arrivais chez lui, mon cheval lancé au trot; l'enfant sortit précipitamment pour me recevoir; mais à peine fut-il sur la porte, que la syncope le prit et qu'il tomba sur le côté gauche, comme sa mère me l'avait dit. Je le relevai et le posai sur un lit; ses muscles n'offraient aucune roideur, il avait un sourire sur les lèvres; les paupières étaient prises d'un mouvement d'élévation et d'abaissement qui ne mettait point cependant l'œil à nu. Lorsqu'on le touchait du côté gauche, il s'agitait fortement, murmurant quelques paroles inintelligibles; lorsque l'attouchement se faisait du côté droit, il restait parfaitement tranquille. Les muscles de la mâchoire étaient, eux, fortement contractés; il était impossible de lui faire ingérer le moindre liquide; une heureuse circonstance pourtant me le permit: la première molaire gauche était tombée, et je pus, par cet espace libre, laisser couler dans la cavité buccale quelques gouttes d'abord, puis une et ensuite deux cuillerées de la potion mentionnée plus haut; l'ingurgitation, après s'être fait attendre, eut lieu, et dix minutes après la syncope cessait. Le lendemain je revis encore le malade dans les mêmes circonstances, et les mêmes choses se passèrent, et identiquement les mêmes que la veille.

Tous ces phénomènes si bizarres étaient pour moi, après m'avoir d'abord mis dans le doute, une preuve nouvelle de l'existence d'un parasite quelconque. Au reste, il existait toujours des symptômes du côté du ventre, des yeux, des selles, etc.; ils furent pour moi l'indication d'un vermifuge actif. Je donnai une décoction vineuse d'écorce de racine de grenadier, unie à la teinture éthérée de fougère mâle, que je fis suivre d'un purgatif huileux. L'enfant rejeta plusieurs lombrics et un ténia. A partir de ce jour, la syncope ne revint plus; il y a cinq mois que cette guérison se maintient, et j'ai lieu de croire, grâce à un bon régime, qu'elle pourra se maintenir.

3° J'ai observé la *surdité* chez un enfant âgé de quatre ans, fils de J. Everaste, de Dion-le-Mont. Cet enfant paraît d'abord assez vi-

goureux, sa figure semble ne pas dénoter une helminthie. La mère m'ayant raconté que son fils était complétement sourd de jour à autre, je l'examinai attentivement, et je pus me convaincre assez vite de l'existence de parasites dans le canal alimentaire de cet enfant. Ce fait constaté, et en l'absence de toute lésion du côté de l'appareil auditif, j'ai supposé que cette surdité pouvait dépendre de la présence des helminthes dans le tube intestinal ; j'agis en conséquence, et un succès complet vint couronner ma médication.

4° J'ai pu constater plusieurs fois l'*hémicrânie* accompagnée de vomissements chez des femmes atteintes d'entozoaires ; mais, chose remarquable, je l'ai surtout parfaitement constatée chez deux femmes qui présentaient l'une et l'autre plusieurs lombrics accompagnés d'ascarides vermiculaires nombreux. Voici l'observation de l'une d'elles : c'est une nommée Favart, habitant le Bas-Biez ; elle est journalière, âgée de trente-cinq à trente-six ans ; elle est mère de deux enfants, elle s'est toujours bien portée ; il y a six mois environ, au moment où elle me consulta, qu'elle est devenue sérieusement malade.

Elle tousse, mais sans expectoration ; elle est considérablement amaigrie ; elle a perdu tout appétit ; ses forces sont nulles, elle peut à peine marcher, elle sue abondamment pour la moindre fatigue. Tous les deux jours elle doit garder le lit ; elle est prise d'abord de frissons, puis d'un violent mal de tête ; les yeux s'injectent, mais l'un d'eux plus particulièrement ; elle vomit assez fréquemment, puis, après quelques heures de repos, ces symptômes se calment et disparaissent peu à peu.

Elle a consulté plusieurs médecins sans succès, l'un d'eux lui prescrivit de l'huile de poisson.

Cette femme m'offrit au premier coup d'œil, lorsque je la vis pour la première fois, une grande faiblesse ; une sueur abondante recouvre son corps ; elle n'a pourtant parcouru qu'un espace de très-peu d'étendue ; sa figure, un moment injectée, devient bientôt pâle, ses yeux sont enfoncés, cernés, la cornée est miroitante, le ventre est très-volumineux, offrant cette résistance qu'on perçoit assez bien à la main, lors de la présence des lombrics dans l'intestin ; il est sonore autour de l'ombilic ; les règles coulent mal ; je soupçonne chez cette femme la présence de lombrics, je donne un vermifuge. Elle fit une vingtaine de lombrics et une quantité innombrable d'ascarides vermiculaires.

Un régime analeptique fit disparaître assez vite tous les accidents que la présence des vers avait entraînés, et la femme Favart, jouis-

sant aujourd'hui d'une bonne santé, peut, sans inconvénient, se livrer aux rudes travaux des champs.

5° Ce serait le lieu de traiter ici cette question importante, à savoir si les lombrics peuvent perforer l'intestin. Quant à moi, je n'ai nul doute à cet égard; je l'ai observé sur l'homme et sur les animaux. J'ai trouvé, sur deux lapins de garenne que je disséquais, un ténia contenu en partie dans l'intestin, sortant vers le pylore, passant sur le foie, traversant le diaphragme, et allant de là s'étendre à la base des poumons. J'ai vu chez une femme des ascarides sortir des parties génitales, et, sans doute, ils ne s'étaient point introduits par la vulve. Cette histoire est assez curieuse pour être rapportée, je crains seulement qu'elle ne trouve un grand nombre d'incrédules. Cette malade est femme d'un pauvre cordonnier, et tous deux vivent du produit de leur travail, mais fort misérablement; elle est lymphatique, elle a eu plusieurs enfants. Elle se crut un jour enceinte; les règles avaient cessé; puis elle s'imagina éprouver, à l'époque ordinaire, les mouvements actifs de son enfant; il s'y joignit souvent différents malaises, qui étaient mis sur le compte de la grossesse. L'époque supposée des couches arriva, mais elles n'eurent point lieu. Après avoir passé plus d'un an dans cet état, après avoir consulté plusieurs accoucheurs, après avoir supporté des douleurs longues et variées, la malade rendit spontanément une grande quantité de lombrics, dont plusieurs sortirent des parties génitales; la malade en retira plusieurs avec les doigts. Je crois que la manière la plus raisonnable d'expliquer ce fait est d'admettre leur passage direct de l'intestin dans l'utérus: s'ils avaient passé par la vulve, ils auraient, sans aucun doute, causé quelques phénomènes qui auraient éveillé l'attention.

Le cas d'hémorrhagie que j'ai observé est le suivant; il n'offre peut-être pas le cachet du positivisme absolu; je n'ai conclu relativement à sa cause qu'après avoir vu ceux que je viens de rapporter. il s'agit d'un enfant âgé de neuf ans environ, fils du nommé Degrauve, dont j'ai déjà parlé.

C'était pendant l'hiver de l'année 1854-1855; l'enfant sortait peu, et avait un régime fort régulier; il se plaignit un soir à sa mère de maux de ventre, puis il rejeta en abondance, par l'anus, du sang rouge, rutilant. Bientôt les coliques augmentèrent, l'enfant eut quelques convulsions, et, le sang continuant à couler, il s'affaiblit graduellement; on fit appeler le médecin, qui arriva pour voir mourir le malade dans un état complet d'anémie. On ne trouva rien d'abord qui pût expliquer cette hémorrhagie. Enfin un nombre assez

considérable de lombrics qui sortirent par l'anus, par les narines, par la bouche, firent soupçonner qu'ils pouvaient bien être la cause de l'accident qui enleva avec tant de rapidité ce jeune enfant.

6° L'obstruction des voies digestives est un autre phénomène qui s'observe rarement, mais qui existe pourtant quelquefois. J'eus occasion de l'observer à Paris, chez un jardinier, hors de la barrière de Fontainebleau. Lorsque je le vis, le 13 avril 1853, ce malade était au lit, en proie à de violentes coliques ; c'était un homme d'un tempérament bilioso-nerveux. Mon attention se porta naturellement vers l'abdomen ; je l'examinai avec soin, je le palpai et le percutai très-légèrement : les parois étaient tendues ; un son clair se faisait entendre à la percussion ; le ventre était très-douloureux. Je prescrivis une potion calmante, des cataplasmes laudanisés et des lavements. Il y eut un peu de soulagement. A ma visite du 14, j'appris que la nuit avait été très-mauvaise ; les coliques avaient reparu : j'ordonnai un purgatif (sulfate de magnésie, 30 grammes). Le 15, je retrouvai les mêmes douleurs ; il n'y avait point d'amélioration : je fis donner au malade un bain, qui lui procura du soulagement, et une nouvelle purgation à hautes doses. Le 16, en examinant mon malade, je trouvai dans la cavité iliaque droite une tumeur considérable, douloureuse à la pression ; je pus fort bien la limiter par le plessimètre. Cet état de choses m'embarrassa beaucoup ; j'ignorais à quoi j'aurais affaire. Je renouvelai le bain et le purgatif. Le lendemain, je vis le malade avec le docteur Touzé ; nous constatâmes les mêmes symptômes, et nous prescrivîmes : sulfate de soude et de magnésie, de chacun 25 grammes. Cette même dose fut donnée le matin et le soir, et nous ajoutâmes des lavements dans lesquels entrait également le sel d'Epsom. Dès le 17, il y eut de l'amélioration. Le 18, une grande quantité de matières fécales furent rejetées avec de nombreux lombrics : la tumeur avait disparu, et le malade fut guéri. (*La fin au prochain numéro.*)

Du bittéra, nouveau médicament fébrifuge proposé aux Antilles françaises, comme succédané du quinquina.

Par le docteur J. Delioux, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

Suite [1].

VII. *Examen des propriétés antipériodiques du bittéra.* — Toute médication qui a la prétention de s'égaler à celle dont les

[1] Voir les livraisons des 15 et 30 juillet.

préparations de quinquina forment la base ne peut être jugée que sur le terrain des fièvres paludéennes. Si sur ce terrain un fébrifuge réussit, non pas mieux, mais tout simplement aussi fréquemment que la quinine, on pourra hardiment le proclamer un succédané valable et légitime de l'antipériodique sans pareil jusqu'à ce jour. Partout ailleurs, l'expérimentation porte à faux, et ses résultats fussent-ils prônés par la statistique, défendus par des bataillons de chiffres, ils ne prévaudront jamais contre le bon sens médical, que révoltent ces sortes de défis, incessamment jetés à la quinine.

Le bittéra, du moins, ne nous est pas venu comme tant d'autres de ces régions propices aux triomphes faciles des fébrifuges; son crédit s'est établi dans l'une de ces contrées sur lesquelles pèse, avec toute sa force délétère, l'atmosphère paludéenne, chauffée par le soleil tropical, condition aggravante et avec laquelle les médecins de la marine ont de longue date trop bien appris à compter. Aussi, lorsque l'on vient nous narrer les merveilles des succédanés rivaux du quinquina dans le traitement des fièvres de marais *de la zone tempérée*, prenez garde que nous plaidions en leur défaveur les circonstances atténuantes; car nous sommes dûment édifiés sur ce que les excès de température du ciel inscrit entre les lignes équinoxiales communiquent d'intensité aux poisons miasmatiques émanés des foyers marécageux, sur tout ce que cette cause fatale ôte de puissance au quinquina lui-même, en dissipant bien plus aisément encore les vertus curatives de ses plus fameux succédanés.

Maintenant, au milieu de toutes les conditions productrices des fièvres paludéennes les plus intenses, le bittéra a-t-il vraiment réalisé les espérances qu'il a fait concevoir? MM. Amic et Chapuis déposent en sa faveur de nombreux succès; ce médicament ne leur aurait *jamais fait défaut*, tandis qu'ils auraient trouvé le sulfate de quinine inefficace dans la moitié des cas de fièvres contre lesquelles il a été administré. Ils n'hésitent donc pas à déclarer que le *bittera febrifuga* est un véritable succédané du quinquina; que la substitution de l'un à l'autre peut même se faire avec avantage pour le bittéra; que celui-ci peut remplacer, non-seulement le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes, mais encore le quinquina dans le traitement des chloro-anémies consécutives, dans celui de la cachexie paludéenne.

Nous ne savons pas nier les faits dont se portent garants des hommes sérieux et graves; il restera donc acquis que le bittéra a guéri des fièvres paludéennes, même aux Antilles, même après l'in-

succès de la quinine. Mais nous n'acceptons pas que la quinine ne soit appelée à guérir que la moitié des cas de fièvres intermittentes ; elle peut et fait davantage, Dieu merci ! Et si le bittéra, lui, a guéri toujours, ce n'est plus un modeste succédané, ce n'est pas seulement le vainqueur des fièvres, c'est le vainqueur du quinquina. Posée en ces termes, la question ouvre à tous le droit de discussion.

On n'établit solidement en thérapeutique un procédé nouveau que sur un concours d'opinions à peu près unanimes ; or, ce concours ne s'est pas produit en faveur du nouveau fébrifuge. Nous craignons que les conclusions prises à son sujet soient un peu hâtives, et que trop de faits contraires viennent bientôt détruire les illusions qu'inspirent toutes les nouveautés.

Quoique la constitution médicale de Brest, sous l'influence de laquelle les fièvres d'accès sont rares, ne soit pas favorable à l'épreuve des agents destinés à suppléer le quinquina, nous avons institué de nombreuses expériences pour nous former une opinion impartiale à l'égard du bittéra et de sa valeur réelle.

Nous avons pu, à l'aide de ce médicament, enrayer quelques fièvres intermittentes nées à Brest, et dépourvues d'origine paludéenne ; mais de telles fièvres cèdent à des antipériodiques inférieurs au quinquina, inférieurs même au bittéra, et leur guérison par ce dernier agent ne saurait prouver ni sa puissance absolue, ni sa puissance relative. Par exemple, à côté des fièvres de cette nature que nous attaquions avec le bittéra, nous en avons traité quelques-unes par un vomitif, ou par un purgatif salin ; d'autres ont été abandonnées à l'expectation pure, et presque toutes ont également disparu. La guérison de leurs analogues par le bittéra n'apporte donc pas de preuves suffisantes de son efficacité.

Nous l'avons essayé dans quelques névralgies intermittentes, affections souvent assez rebelles, même contre le quinquina. Le plus ordinairement nous n'avons pas réussi. Cependant une de nos observations a pour objet une migraine qui a été parfaitement enlevée par le bittéra : ce seul fait prouve qu'il n'est pas à dédaigner en pareil cas, au moins lorsque les autres remèdes auront échoué.

Il arrive parfois dans nos salles des fiévreux provenant de Rochefort ou de nos colonies d'outre-mer. Nous nous sommes empressé alors d'essayer le bittéra ; les effets en ont été très-variables : tantôt il était impuissant contre toute la série des accès ; tantôt il les suspendait seulement à la deuxième ou à la troisième dose ; parfois il les coupait d'emblée ; mais bien souvent des récidives prochaines venaient détruire les espérances qu'avait fait concevoir un succès appa-

rent. Enfin, nous devons reconnaître que quelques guérisons durables ont été obtenues, dans des circonstances mêmes où la quinine avait été impuissante; l'inverse, toutefois, s'est produit plus fréquemment.

Mais, en somme, nous n'avons trouvé dans le bittéra qu'un fébrifuge moins sûr et plus faible que le sulfate de quinine; il nous semblait aussi au début de nos expériences qu'il avait une certaine énergie, et finalement nous ne l'avons plus manié qu'avec défiance, en présence des fièvres d'une réelle intensité.

Les circonstances dans lesquelles nous nous sommes trouvé placé pour nos expériences ne nous ont pas mis à même de fournir une statistique concluante. Sans doute nous pourrions compter tous les sujets que nous avons soumis au bittéra; mais ils étaient dans des conditions trop dissemblables pour que leurs observations puissent servir d'éléments de comparaison : les uns, en effet, offraient ces fièvres intermittentes bénignes des pays non impaludés, que l'on coupe sans mérite avec les fébrifuges les moins accrédités; véritables fièvres éphémères à répétition, comme nous les avons appelées ailleurs, qui n'ont même pas besoin fort souvent de l'influence d'un antipériodique pour disparaître; les autres apportaient de véritables fièvres paludéennes : c'étaient des marins et des soldats arrivés tout récemment de Rochefort, dans les derniers mois de l'année 1855; nous dûmes nous empresser d'éprouver sur eux le nouveau fébrifuge ; or, il échoua au moins aussi souvent qu'il réussit, et comme ces individus ne firent qu'un séjour temporaire à Brest, emportés promptement vers une autre destination, à l'égard de ceux mêmes dont nous avons suspendu les accès nous restons dans le doute sur la question de savoir s'ils n'ont pas eu de récidives : question extrêmement importante, car il ne suffit pas à un médicament antipériodique, pour être digne d'estime, de couper les accès, il faut qu'il soit apte à en prévenir le retour pendant un laps de temps assez considérable pour autoriser le thérapeutiste à déclarer le fébricitant radicalement revenu à la santé.

Enfin, d'autres individus sont venus dans nos salles avec des fièvres anciennes, à retours opiniâtres, ou traitées antérieurement par une foule de méthodes, ou de désespoir abandonnées à elles-mêmes. Eh bien, parce que ces fièvres, si tenaces d'apparence, auront quelquefois cédé à quelque succédané bien pâle du quinquina, est-ce une raison pour tirer d'une supériorité fortuite et accidentelle le triomphe absolu d'un fébrifuge? Pas le moins du monde; il est arrivé tout simplement alors, ou que l'action de la

quinine s'est usée, et qu'un fébrifuge très-inférieur à elle a trouvé dans cette impuissance relative un joint pour pénétrer avec avantage dans une économie qui appelait de nouveaux modificateurs ; ou bien encore que l'on a affaire à des idiosyncrasies singulières, qui sont rebelles à l'action de la quinine, pour se montrer sensibles à celle d'autres agents thérapeutiques de la classe présomptueuse des succédanés; faits capricieux, exceptionnels, rébellions si rares que le médecin qui a expérimenté sur le terrain des vraies fièvres d'impaludation est bien pardonnable s'il les met en doute ou du moins s'il ne les accepte qu'avec la plus grande réserve.

A défaut d'une statistique impossible pour tous ces motifs qui viennent d'être énoncés, nous citerons, du moins, quelques-uns des faits de notre pratique. Ce serait allonger fort inutilement ce mémoire, sans le rendre plus probant, que d'y inscrire des observations nombreuses ; les observations cliniques, en général, offrent peu d'attraits à la lecture, et celle des fièvres intermittentes, en particulier, deviennent fastidieuses lorsqu'on les multiplie, à cause de leur extrême ressemblance. Il suffit d'en citer ici ce qui est strictement nécessaire pour montrer comment se prescrit et se comporte le bittéra. Mettons hors de cause une foule de cas légers qui ne peuvent déposer catégoriquement pour ou contre ce nouveau fébrifuge, et mentionnons seulement ceux qui sont de nature à prouver quelque chose pour ou contre lui.

Dans cet esprit, nous prenons pour exemples une névralgie périodique, une fièvre irrégulière, opiniâtre, quoique sans origine miasmatique appréciable, quatre fièvres franchement paludéennes, de divers types; six cas pris dans la part du succès. Dans la part de l'insuccès, qu'un compte bien réglé rendrait, croyons-nous, au moins égale à l'autre, nous nous bornerons à choisir une seule observation, mais c'est parce qu'elle porte cet enseignement qui ressort le plus communément de l'expérimentation des fébrifuges, à savoir que l'ordinaire pour eux n'est point de triompher là où le quinquina a échoué, mais de lui céder irrésistiblement le pas après d'infructueuses tentatives.

Il n'y a que quatre roues à une voiture, et l'on rit comme d'une superfétation de ce que viendrait y faire une cinquième ; mais il y a cinq ancres à bord d'un navire, cette locomotive de l'océan. Lorsque les quatre qui servent d'habitude ont été emportées par la tempête, dans une suprême détresse on jette à la mer la cinquième, la plus grosse et la plus forte, puissance supérieure seule capable de retenir le navire en voie de perdition ; les marins appellent celle-là

l'ancre de miséricorde. Eh bien! nous tenons un bon nombre des prétendus succédanés du quinquina pour une cinquième roue à une voiture, tandis que le quinquina, lui, est l'ancre de miséricorde de la thérapeutique des fièvres intermittentes.

Que l'on pardonne cette excentrique comparaison à un médecin qui aime toujours à se souvenir qu'il fut homme de mer, et nous, revenons à nos observations.

Obs. I. *Migraine intermittente quotidienne.* — Worms, Nicolas, vingt-un ans, apprenti marin, entré à l'hôpital le 17 août 1855, pour une bronchite aiguë, avec symptômes inflammatoires assez marqués. Une application de sangsues sous les clavicules, des potions antimoniées, des boissons émollientes chaudes, en font promptement justice.

Le malade avait souvent accusé une céphalalgie intense, que l'on crut d'abord liée à l'existence de la bronchite; mais le 23 celle-ci ayant à peu près cédé, et la céphalalgie persistant toujours, on y porta plus d'attention, et l'on reconnut que la douleur de tête, limitée au côté gauche, apparaissait le matin, et durait jusqu'à deux ou trois heures du soir, avec un léger mouvement fébrile. Il s'agissait donc d'une migraine intermittente quotidienne parfaitement caractérisée.

Le 23, dans la soirée, on administre 60 centigrammes d'extrait de bittéra en six pilules.

Le 24, la migraine est revenue à huit heures du matin, moins forte que de coutume, et elle a fini peu avant l'heure accoutumée, de midi à une heure.

Dans la soirée du 24, 60 centigrammes d'extrait de bittéra.

Le 25, il ne survient ni fièvre, ni mal de tête.

Ce jour-là on prescrivit, pour consolider la cure, une troisième dose de bittéra, mais elle fut oubliée; néanmoins, le 26 se passa sans accès. On attendit alors, pour revenir au médicament si la migraine reparaissait; elle ne s'est plus montrée. Deux doses de bittéra avaient suffi pour enlever une douleur intermittente ancienne de sept jours, au dire du malade, quand on commença à l'attaquer par le bittéra.

Sorti guéri le 31 août.

Obs. II. *Fièvre intermittente irrégulière, avec chloro-anémie.* — Chaudelègne, matelot, âgé de trente-six ans, entré à l'hôpital le 17 juillet 1855, avait été pris, dix-huit jours auparavant, d'une céphalalgie très-violente, qui fut suivie d'une grande faiblesse générale, avec perte complète d'appétit. A son entrée, il n'accuse que cette faiblesse, quelques étourdissements; la figure est jaune pâle, le pouls lent, dépressible, régulier.

On prescrit à l'intérieur la décoction de quinquina.

Le 24 juillet, un accès fébrile intense se déclare dans la soirée, avec les trois stades bien marqués et une céphalalgie violente.

Le 25 au soir, retour de la céphalalgie, qui dure jusqu'à une heure du matin le 26, et est suivie de sueurs abondantes.

Le 26, rien. Sulfate de quinine, 0,60, pour le lendemain matin.

Le 27, nouvel accès de fièvre à deux heures après midi, malgré la quinine.

La quinine est prescrite à 60 centigrammes, tous les matins, jusqu'au 30; l'accès de fièvre reparaît toutes les après-midi, en décroissant d'intensité. Le malade, en outre, fait usage d'infusion de camomille pour tisane.

Le 31, la prescription est modifiée : à la tisane de camomille on substitue celle de café (30 grammes de graines concassées pour un litre d'eau), et l'on porte le sulfate de quinine à 1 gramme, avec addition de 6 gouttes de laudanum dans une potion. La fièvre marque encore dans l'après-midi, mais très-légèrement.

La tisane de café et la même potion quininée et laudanisée sont continuées jusqu'au 9 août inclusivement. Le sulfate de quinine a été diminué, à doses décroissantes, dans les derniers jours, tant lorsque la fièvre semblait disposée à céder que lorsqu'il se déclarait une douleur épigastrique, symptôme nouveau dans la maladie. Sous l'influence de ce traitement, dans cette période de neuf jours, voici ce qui a été observé :

Le 1er août, pas de fièvre.

Le 2, accès marqué à deux heures après midi, sans frissons au début, mais avec chaleur brûlante, et avec cette céphalalgie opiniâtre qui reparaît dans tous les accès, quelle qu'en soit l'intensité.

Le 3 et le 4, apyrexie.

Le 5, nouvel accès assez léger.

Les 6, 7, 8, 9, pas d'accès de fièvre; mais le malade se plaint d'éprouver périodiquement vers le soir des douleurs épigastriques et de la céphalalgie.

Il est donc à ce moment bien acquis que cette fièvre est rebelle à la quinine, et en outre que le médicament commence à répugner à l'estomac. La faiblesse et l'amaigrissement ont fait de notables progrès sous l'influence de ces accès opiniâtres, irréguliers dans leurs retours comme dans leurs manifestations. Pendant quatre jours, on prescrit chaque matin : vins de quinquina et de gentiane mélangés, de chacun 50 grammes, et fer réduit 20 centigrammes; on espérait que ce dernier traitement, longtemps prolongé, userait la fièvre et remonterait les forces.

Mais le 14, à sept heures du matin, apparaît un nouvel accès plus intense que jamais, avec un frisson prononcé au début, stade qui a généralement manqué dans les accès antérieurs.

Ici a commencé la médicamentation par le bittéra.

Le 14 août, à la fin de l'accès, de midi à deux heures, 60 centigrammes d'extrait de bittéra ont été administrés; tout autre médicament est suspendu.

Le 15 au matin, le malade dit avoir eu pendant la nuit de fortes sueurs, avec malaise; à la visite, il est sans fièvre. Même dose de bittéra.

Le 16, bonne nuit. Apyrexie toute la journée; les douleurs d'estomac ont disparu; état de bien-être général. Même dose de bittéra tous les jours, jusqu'au 19 inclusivement. Apyrexie constante.

Le 20, un peu de céphalalgie le soir, sans fièvre. L'état chloro-anémique s'est modifié sensiblement Nous pensons que le bittéra y a contribué; mais, pour agir plus efficacement encore, nous renforçons son action par l'emploi du fer réduit à la dose de 25 centigrammes tous les matins dans une tasse de chocolat. Le régime est analeptique; l'appétit est devenu excellent.

L'extrait de bittéra est continué à doses décroissantes, jusqu'à n'en plus donner que 20 centigrammes en deux pilules, une matin et soir. Le 3 septembre, Chaudelègue sort de l'hôpital parfaitement guéri.

Il est impossible de ne pas reconnaître dans cette observation la double efficacité du bittéra comme tonique amer et comme fébrifuge.

L'étiologie de cette fièvre périodique anomale est restée inconnue; le sujet

de l'observation n'a fourni aucun renseignement qui permît d'invoquer une source paludéenne.

Obs. III. *Fièvre paludéenne, type tierce.* — Mesure, apprenti marin, âgé de seize ans, arrivé récemment de Rochefort, où il a contracté la fièvre endémique, le premier accès y ayant eu lieu le 29 juillet 1855, entre à l'hôpital de Brest le 12 octobre suivant. La fièvre a récidivé plusieurs fois; elle a été traitée par le sulfate de quinine. Le dernier accès s'est manifesté le 9 octobre.

Nouvel accès le 16 octobre, à deux heures du matin, avec les trois stades marqués. Prescription : 60 centigrammes d'extrait de bittéra le soir, à la fin de l'accès.

Le 17, au matin, pas de fièvre. Même dose de bittéra à administrer dans la matinée. Il a donc consommé 1 gramme 20 centigrammes de ce médicament pendant l'apyrexie ; cependant un second accès a paru, et en avance sur l'heure à laquelle il était attendu. Cet accès a commencé le 17, à six heures du soir, par un frisson qui s'est prolongé jusqu'au matin.

A la visite du 18, le malade est en pleine réaction, la crise sudorale s'opère dans la matinée, et la fièvre tombe de dix heures à midi. On prescrit l'extrait de bittéra pour le soir du 18, à la dose de 50 centigrammes, et pour la journée du 19, qui s'est entièrement passée sans fièvre, à la dose de 1 gramme.

Le 20, à onze heures du matin, après le déjeuner, quelques frissons suivis de chaleur, mais non de sueur. Bittéra, 80 centigrammes.

Le médicament est continué pendant cinq jours, en diminuant la dose chaque fois de 10 centigrammes. La fièvre n'a point reparu.

Le 26, Mesure demande son *exeat.*

Obs. IV. *Fièvre paludéenne, type quotidien d'abord, puis tierce.* — Bergon, soldat au 3e régiment d'infanterie de marine, entré le 15 octobre 1855 à l'hôpital de Brest. Il vient de Rochefort, en a rapporté une fièvre intermittente qui date d'un mois, et dont les accès sont quotidiens. Pas de complications; état général satisfaisant.

Le 16 octobre, un accès de courte durée, mais dont les trois stades sont bien marqués, se déclare le matin à cinq heures. Prescription : extrait de bittéra, 60 centigrammes en six pilules.

Le 17, pas de fièvre ; le bittéra est continué à la même dose.

Le 18, accès de fièvre le matin, plus long que le précédent. Extrait de bittéra, 70 centigrammes.

Le 19, pas de fièvre. Bittéra, 70 centigrammes.

Le 20, nouvel accès à la même heure. On le voit, la fièvre, accusée par le malade au type quotidien, avait passé au type tierce; quatre doses consécutives de bittéra n'avaient pu l'enrayer. Avaient-elles contribué à modifier le périodisme ? c'est ce qu'il est impossible de décider.

Le bittéra est continué à 70 centigrammes le 20 et le 21 ; le 22, la fièvre ne paraît point.

Le fébrifuge est donné les 22, 23, 24 octobre, à doses décroissantes chaque jour de 10 centigrammes. L'apyrexie se maintient jusqu'au 28, époque à laquelle des exigences de service nécessitent la sortie de ce militaire.

Obs. V. *Fièvre paludéenne, type tierce.* — Provot, matelot, vient de séjourner quatre mois à Rochefort, d'où il est parti le 30 octobre 1855. Huit jours avant son départ, il fut atteint de fièvre intermittente tierce, pour laquelle il entra à l'hôpital, où il il fut traité et guéri par le sulfate de quinine. Il arrive à Brest le 3 novembre; le 18, la fièvre reparaît. Nouveaux accès le 20 et le 22;

la fièvre commence de quatre à cinq heures du matin, et dure à peu près jusqu'à midi. Il entre à l'hôpital de Brest le 22 au soir.

Le 23, à la visite du matin, apyrexie complète ; le malade offre seulement un embarras gastrique assez marqué. Prescription : 80 centigrammes d'extrait de bittèra.

Le 24, un peu de chaleur et de sécheresse à la peau. Le malade dit avoir ressenti, entre quatre et cinq heures du matin, quelques frissons suivis de chaleur ; il éprouve une légère céphalalgie ; sa langue est encore recouverte d'un enduit jaune, mais, en outre, elle est un peu sèche, ce qui n'avait pas lieu la veille.

Prescription : 80 centigrammes de bittèra à prendre dans la soirée.

Le bittèra est continué pendant six jours, sans qu'il y ait eu aucun retour de fièvre.

En même temps, l'état bilieux des voies digestives s'est entièrement dissipé, sans qu'aucun autre médicament que le bittèra ait été employé ; et cela n'a rien de surprenant. Quoique l'on ait dit qu'à Rochefort nos confrères emploient toujours préalablement les vomitifs et les purgatifs dans le traitement des fièvres du pays, le fait est, au contraire, que dans l'immense majorité des cas, c'est à la quinine tout d'abord et exclusivement que nous avons recours.

Donc, si le bittèra est parfois capable d'enlever la fièvre, il doit, comme la quinine le fait à merveille, enlever du même coup l'embarras gastrique concomitant. Les observations de M. Amic déposent dans le même sens.

Obs. VI. *Fièvre paludéenne, type quarte.* — Lévenard, matelot, a été atteint pendant un séjour à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), l'un des foyers d'intoxication paludéenne les plus actifs des Antilles, d'une fièvre quarte, qu'il garda pendant tout le temps qu'il resta dans cette colonie, c'est-à-dire pendant quatre mois en 1854, et qui ne disparut que deux mois après son retour en France, fin de ladite année. Il fut traité par le sulfate de quinine, qui suspendait momentanément les accès. Au mois de juin 1855, la fièvre revint pour se montrer à de longs intervalles. Au mois de novembre, les accès se reproduisant avec plus d'insistance et sur un type quarte bien décidé, Lévenard entre à l'hôpital maritime de Brest le 24. Il porte une rate notablement hypertrophiée, et qui déborde les fausses côtes de trois travers de doigts.

Ce jour-là, à quatre heures et demie du soir, heure ordinaire des accès, la fièvre arrive et parcourt ses trois stades habituels.

Le 25 et le 26 novembre, 60 centigrammes de bittèra.

Le 27, même dose, et pourtant le soir, de quatre à six heures, la fièvre s'établit un peu moins intense qu'à l'accès précédent.

Continuation du bittèra, auquel on a associé, dès le début du traitement, l'usage de la tisane de camomille.

Le 30, pas d'accès.

Le traitement est continué pendant quelques jours. L'apyrexie n'a pas été troublée jusqu'au 13 décembre. A cette date, le malade réclame sa sortie : la rate a peu diminué. Sur ce sujet, le bittèra a suspendu les accès fébriles, mais il est peu probable qu'il ait prévenu toute nouvelle récidive.

Obs. VII. *Fièvre paludéenne, type tierce.* — Grandpierre, soldat au 3e régiment d'infanterie de marine, entre à l'hôpital de Brest le 14 décembre 1855. Il vient de Rochefort ; et s'il n'y a pas présenté les manifestations fébriles de l'intoxication paludéenne, il a évidemment emporté de cette localité le germe de la fièvre opiniâtre dont nous allons reproduire l'observation.

Le 11 décembre, Grandpierre fut atteint de fièvre et de céphalalgie, qui durèrent toute une matinée. Ces mêmes symptômes se reproduisent le 14 aux mêmes heures. La rate est dure, hypertrophiée, et dépasse les fausses côtes d'un bon travers de doigt. Sauf une légère irritation des voies bronchiques, toutes les fonctions s'exécutent convenablement.

Le 15, la fièvre reparaît et dure presque toute la journée. A partir de ce jour, elle se règle invariablement sur le type tierce.

Le 16, apyrexie parfaite. On prescrit 60 centigrammes d'extrait de bittéra.

Le 17, même prescription pour la matinée. Un long accès de fièvre commence vers dix heures du matin et se prolonge jusqu'à sept heures du soir.

Le 18, apyrexie; 80 centigrammes de bittéra.

Le 19, accès dès sept heures du matin, avec longs frissons puis transpiration abondante dans l'après-midi. 1 gramme d'extrait de bittéra est administré dans la soirée.

Le 20, apyrexie; 1 gramme de bittéra.

Le malade, qui avait constamment accusé un sentiment souvent excessif de fatigue, de brisement dans les membres, commence à caractériser des douleurs réelles, articulaires et interarticulaires. C'est le début d'un état rhumatique général qui a persisté pendant presque toute la durée de son séjour à l'hôpital.

Le 21, l'heure de la fièvre avançant toujours, il survient à quatre heures du matin un nouvel accès précédé d'un frisson assez fort. Nous jugeons inutile d'insister davantage sur le bittèra, qui, malgré l'élévation de la dose habituelle, n'a produit aucun effet avantageux, et nous allons essayer l'arsenic. En conséquence, nous prescrivons 2 centigrammes d'acide arsénieux à prendre le lendemain, 22, jour sans fièvre. Quand nous employons les préparations arsénicales, nous avons l'habitude d'en faire une dissolution dans une grande quantité d'eau, ce qui permet de doser avec facilité cette dissolution par grammes. Ainsi dans ce cas, comme dans d'autres analogues, nous avons formulé la solution suivante:

Pr. Acide arsénieux.	10 centigrammes.
Eau.	500 grammes.

Préparez à chaud.

100 grammes de la solution représentent 2 centigrammes d'acide arsénieux, lesquels coupés avec égale quantité d'eau sucrée constituent une potion très-rationnelle à tous égards.

Le 23, dès les premières heures du matin, l'accès de fièvre, moins fort que de coutume, s'est manifesté. Pendant son cours, les douleurs rhumatismales ont augmenté d'intensité; la céphalalgie a été plus vive que dans les accès précédents. A la fin de l'accès on prescrit de nouveau 2 centigrammes d'acide arsénieux.

Le 24, apyrexie. Le malade fait observer que les douleurs rhumatismales revêtent aussi une certaine intermittence, augmentant les jours de fièvre dans le cours des accès, et toujours plus aiguës la nuit, plus modérées le jour.—Potion arsenicale à 15 milligrammes.

Le 25, un accès sensiblement plus faible que les accès antérieurs a débuté à deux heures du matin, et il est déjà terminé à l'heure de la visite. — Potion arsenicale à 1 centigramme.

Le 26 était jour d'apyrexie; nonobstant, à dix heures du matin, un accès fébrile se déclare, plus sévère que celui de la veille, et travaille le patient jusqu'à six heures du soir.

Le 27, point de fièvre ; nous administrons encore une potion contenant 2 centigrammes d'acide arsénieux.

Le 28 au matin, retour opiniâtre d'une fièvre que l'arsenic n'a pas plus modifiée que le bittéra. Il n'y avait pas à songer à forcer la dose d'acide arsénieux, car il avait déterminé dans la nuit des coliques douloureuses et des selles fréquentes ; accident d'ailleurs qu'un seul lavement laudanisé à 60 centigrammes suffit pour réprimer.

Les douleurs rhumatismales ne s'étaient point amendées. Quant à l'état de la rate, il était exactement ce qu'il s'était présenté le jour de l'entrée du sujet à l'hôpital.

Il était temps de recourir à la quinine.

Le 29, prescription suivante : sulfate de quinine, 75 centigrammes dans 150 grammes de décoction de quinquina.

Le 30, le malade a éprouvé, à quatre heures du matin, quelques frissons qui durent encore au moment de la visite ; en outre, il a ressenti dans la nuit une céphalalgie violente qui a duré, en s'amoindrissant, toute la journée ; cependant le pouls, depuis l'heure de la visite jusqu'au soir, reste calme. Pour la première fois depuis le traitement, le paroxysme fébrile a été sérieusement modifié. — Même prescription que la veille.

Le 31, même potion ; pas de fièvre.

Le 1er janvier 1856, le malade n'éprouve, à l'heure habituelle, qu'un léger frisson, sans réaction sensible.

Le 3 janvier, nouveaux frissons dans la journée, plus tard que de coutume ; ce fut la dernière expression du périodisme fébrile jusqu'au 22 janvier, époque à laquelle nous avons perdu de vue le sujet de cette observation.

On continua la décoction de quinquina à 150 grammes et le sulfate de quinine à doses décroissantes, tout à la fois pour maintenir la cure de la fièvre, tonifier la constitution, modifier la rate et influencer l'état rhumatismal. On crut devoir y ajouter, comme adjuvants utiles, les ferrugineux, la décoction de café pour tisane, les bains sulfureux.

Le jour de la sortie de Grandpierre (envoyé, sur notre demande, en congé de convalescence), la rate avait à peu près reprisses proportions normales ; les douleurs rhumatismales avaient disparu, l'état général était excellent, la guérison, en un mot, pouvait être considérée comme définitive.

Après des résultats tels que ceux qui sont consignés dans les six premières observations, il est conséquent d'admettre des propriétés antipériodiques dans le bittéra ; en revanche, nous pourrions accumuler des preuves de son insuffisance aussi patentes que dans l'observation VII. Nous poursuivrons nos expériences quand l'occasion s'en présentera, nous emploierons d'autres préparations de bittéra que l'extrait, nous essayerons surtout la bittérine dès que l'on en aura mis à notre disposition ; mais nous serions fort étonné d'être obligé de revenir sur l'opinion que nous nous sommes faite de la valeur du bittéra dans le traitement des maladies périodiques, surtout d'origine paludéenne. Nous déclarons, après une sérieuse et impartiale étude, que le bittéra, comme antipériodique, est positivement inférieur au quinquina, et même à l'arsenic, que nous per-

sistons à considérer comme le premier succédané antipériodique du quinquina. A ce titre, vaut-il mieux que d'autres succédanés, tels que les substances amères et astringentes, les poivres, le café, le chlorure de sodium, etc., etc. ? Nous n'hésitons pas, jusqu'à plus ample informé, à le classer, dans un rang honorable toutefois, parmi les antipériodiques de second ordre, susceptibles d'enrayer les affections intermittentes des contrées heureusement privées de marécages, ou même, exceptionnellement, des accès de fièvres paludéennes; mais nous ne lui accordons point, dans la prophylàxie ni dans le traitement des maladies frappées au cachet du périodisme, la souveraineté de la quinine. (*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du tamponnement à la glace dans le traitement des affections utérines.

Par le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Porter de la glace dans le vagin n'est certes pas chose nouvelle, et de tout temps peut-être on en a fait usage pour arrêter les hémorrhagies utérines; mais porter de la glace et qui plus est des mélanges réfrigérants dans le vagin, les y laisser un temps considérable, dans le but de suspendre momentanément l'activité organique dans l'utérus, dans le but surtout de supprimer la sensibilité et la douleur, voilà ce dont on n'avait sans doute aucune idée avant les recherches et les expérimentations de M. Arnott, voilà ce que des médecins prudents n'auraient jamais tenté avant que notre confrère d'outre-Manche eût démontré que ces abaissements si considérables de température sont sans inconvénient et sans danger, aussi bien à l'extérieur du corps que dans les cavités intérieures.

A quoi tient-il cependant que cette application ingénieuse de l'anesthésie par réfrigération au traitement des maladies utérines ait passé presque entièrement inaperçue et n'ait fait l'objet d'aucune communication, depuis le moment où M. Arnott signalait sa première tentative? Evidemment, au choix malheureux que M. Arnott avait fait du cancer de l'utérus, c'est-à-dire de l'affection la plus grave, la plus rebelle à nos moyens thérapeutiques, de l'affection dont l'incurabilité notoire paralyse d'avance toute tentative d'expérimentations et de recherches. M. Arnott avait réussi, disait-il, à calmer d'une manière merveilleuse les douleurs qui accompagnent si sou-

vent cette cruelle maladie; mais il n'avait pas guéri sa malade, et il ne pouvait pas plus songer à la guérir avec les mélanges réfrigérants qu'on n'a réussi à guérir avec d'autres traitements qui ont eu aussi leurs jours de vogue, avec la ciguë, par exemple.

C'était quelque chose toutefois que de posséder un moyen de nature à calmer d'une manière certaine les douleurs affreuses du cancer; mais M. Arnott ne se faisait-il pas illusion? et d'ailleurs les inconvénients attachés à l'emploi des mélanges réfrigérants ne contre-balançaient-ils pas les quelques avantages qu'ils pouvaient avoir? Les expérimentations que je tentais moi-même, tout en confirmant les premiers résultats annoncés par M. Arnott, en ce qui touche les effets locaux, et le calme momentané résultant de l'emploi de ce moyen, me montrèrent bientôt que des inconvénients assez graves étaient attachés à cette pratique : chez quelques malades, le contact du mélange réfrigérant était marqué par des douleurs très-vives, auxquelles succédait bientôt, il est vrai, un calme complet; mais une réaction assez forte avec chaleur intérieure et quelquefois le retour des douleurs suivaient le retrait de l'instrument; des picotements et des démangeaisons très-désagréables, produites par le sel marin, se prolongeaient quelquefois pendant plusieurs heures. Ce qui était plus fâcheux encore, l'introduction du spéculum et son contact avec des surfaces ulcérées amenaient un écoulement de sang, et, dans certains cas, de cancers végétants, des déchirures suivies d'hémorrhagies plus ou moins abondantes. Après quelques séances, les femmes étaient dégoûtées de ce moyen et désiraient qu'on y renonçât.

Mais ces inconvénients, de nature à nous faire renoncer à l'emploi de la réfrigération dans le cancer ulcéré et végétant, devaient-ils exclure complétement ce moyen de la thérapeutique des affections utérines? N'y avait-il pas, au contraire, dans cette réfrigération portée jusqu'à la gelure, jusqu'à la dureté de bois dans les parties extérieures, dans l'abaissement considérable de température subi par l'utérus (je n'ai jamais vu, en effet, la décoloration complète avec dureté de bois du col de l'utérus dont parle M. Arnott); n'y avait-il pas dans cette expulsion momentanée du sang de l'utérus et de tout le système vasculaire du bassin un moyen puissant de modification, susceptible d'être utilisé dans certaines affections utérines? N'y avait-il pas d'ailleurs possibilité de faire disparaître quelques-uns des inconvénients inhérents à cette pratique?

De ces inconvénients, les uns tiennent à la sensation particulière, et douloureuse pour quelques personnes, produite par le pre-

mier contact du froid ; cette sensation, on pouvait l'éviter en ménageant en quelque sorte la sensibilité par l'introduction lente et graduelle du mélange refrigérant, en ayant la précaution de faire usage d'un spéculum mauvais conducteur du calorique, en employant par conséquent un spéculum en bois, en ivoire ou en gutta-percha. La réaction, qui est aussi un inconvénient fâcheux, pouvait être sinon évitée au moins considérablement réduite par l'introduction successive dans le vagin d'eau à la glace d'abord, puis d'eau de moins en moins froide, succédant à l'emploi du mélange réfrigérant. Restait la présence du sel marin, indispensable pour amener une réfrigération considérable, mais constituant un inconvénient très-désagréable par les démangeaisons, les picotements et les cuissons qu'il occasionne. Je me demandais alors, après avoir fait usage depuis plusieurs mois des mélanges réfrigérants de M. Arnott, s'il était nécessaire d'arriver à un abaissement de température aussi considérable que celui recherché par ce médecin pour obtenir la modification organique que l'on pouvait avoir en vue, pour supprimer la sensibilité ou calmer la douleur, par exemple. L'emploi seul de la glace, continué pendant un temps assez long, me parut réaliser les mêmes effets physiologiques et donner les mêmes effets thérapeutiques que le mélange de glace et de sel marin. C'est ainsi que j'ai été conduit à remplacer les mélanges réfrigérants par une espèce de tamponnement à la glace, dont je vais fournir maintenant la description.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, pour éviter aux personnes très-sensibles à l'action du froid le contact de la glace sur une large surface et surtout sur des parties d'une sensibilité exquise, comme les organes génitaux extérieurs et l'entrée de la vulve, il est bon de ne porter la glace pour la première fois sur le col de l'utérus qu'à l'aide d'un spéculum plein en ivoire, en gutta-percha ou en bois, et de verser peu à peu au fond du spéculum la glace grossièrement pulvérisée ou du moins en très-petits morceaux ; mais une fois les malades habituées par une ou plusieurs séances de réfrigération, ces précautions deviennent inutiles, et il vaut mieux alors employer un spéculum trivalve ou quadrivalve en métal, qui, s'écartant largement au fond du vagin, forme une espèce d'entonnoir dans lequel on peut déposer et tasser une assez grande quantité de glace. J'ai fait construire dans ce but, par M. Charrière, un spéculum quadrivalve fondé sur le même principe que celui de M. Jobert, de Lamballe, et dont le vaste évasement extérieur et intérieur peut loger, lorsque le vagin en permet le développement, une quantité très-grande de glace dont

les effets se font sentir, par conséquent, non-seulement sur l'utérus, mais aussi sur le vagin et sur les parties génitales externes.

La malade étant couchée, comme pour l'application du spéculum, dans une position commode qu'elle puisse garder pendant un quart d'heure ou une demi-heure, les pieds appuyés solidement sur deux chaises, le siége reposant sur une toile cirée garnie d'un drap épais, dont l'extrémité plonge dans un vase en métal ou en bois assez profond pour recevoir les liquides provenant de la fonte de la glace, le médecin charge peu à peu le spéculum de glace, en tassant celle-ci, soit avec le doigt, soit avec le manche de la sonde utérine, et arrive peu à peu à remplir le spéculum jusqu'à son orifice extérieur. A mesure que la glace fond, on la repousse au fond du spéculum et de temps en temps on remplit le spéculum de glace, pour maintenir l'abaissement de température, ce que l'on recommence pendant tout le temps que dure le tamponnement. Lorsqu'on veut terminer l'opération, ou bien on retire la glace et on fait passer dans le vagin un courant d'eau d'abord à la glace, puis à la température de l'appartement, jusqu'à ce que la réaction soit opérée sous les yeux du médecin; ou bien, ce que je préfère de beaucoup, on retire lentement le spéculum en refoulant et en maintenant dans le vagin une quantité de glace qui ne soit pas assez grande cependant pour empêcher le rapprochement des valves de l'instrument et sa sortie des parties génitales. Cette dernière partie de l'opération est assez délicate et demande de l'habitude pour ne pas entraîner la glace avec le spéculum, et pour ne pas faire subir à la vulve une distension trop douloureuse par l'écartement des valves du spéculum. La malade s'étend alors sur un canapé, après s'être garnie avec soin, ou se recouche après avoir mis une alèze sous elle dans son lit. En quelques minutes, la glace est fondue, mais la réaction est bien moins marquée que par le premier procédé.

Les effets locaux produits par le tamponnement à la glace offrent beaucoup d'analogie avec ceux que déterminent les mélanges réfrigérants. C'est d'abord une sensation de surprise causée par le froid, sensation beaucoup plus marquée si l'on fait usage d'un spéculum métallique, suivie chez quelques personnes de véritables douleurs, bien différentes de celles qui déterminent les applications réfrigérantes à l'extérieur et qui ne paraissent être autre chose que de véritables coliques utérines; puis le refroidissement se fait sentir, il irradie dans tout l'abdomen, les malades ayant la sensation de quelque chose de froid qui coule dans le ventre et qui engourdit peu à peu toutes les sensations déjà développées. Après quelques secondes,

une minute, deux minutes au plus, l'engourdissement intérieur produit par le froid est tel que les femmes n'ont plus conscience de ce qui se passe, elles ne sentent plus, disent-elles, leurs reins et leur bas-ventre. En continuant l'opération, il ne se produit rien de nouveau jusqu'au moment où l'on retire la glace. Dans ce cas, si on la remplace par de l'eau à la glace et de l'eau froide, la réaction se produit sous forme d'une chaleur d'abord douce, puis de plus en plus vive et d'une sensation d'ardeur intérieure dont l'abdomen est le siége. Si le tampon de glace est laissé à demeure, la réaction se fait d'une manière plus lente et le refroidissement intérieur persiste beaucoup plus longtemps. C'est ainsi que j'ai vu des femmes conserver pendant une heure, deux heures, cinq et six heures même, la sensation d'engourdissement et de froid intérieur causée par l'opération. Or, cette sensation n'est rien moins que désagréable, et chez les femmes qui ont des douleurs vers le système utérin, elle implique la cessation complète de toutes ces sensations douloureuses; j'ai vu des malades chez lesquelles les douleurs de reins empêchaient la marche et la station assise pouvoir garder ces deux situations pendant plusieurs heures après le tamponnement sans s'apercevoir de l'existence de ces douleurs, et s'en croire même complétement débarrassées.

Les mélanges réfrigérants de M. Arnott déterminent principalement à l'extérieur, à l'entrée de la vulve, et en particulier sur la paroi postérieure du vagin, une décoloration de la muqueuse, qui devient dure comme du bois, dont les plis se dessinent comme de véritables colonnes et qui est complétement insensible à l'action des corps extérieurs ; le col de l'utérus ne m'a jamais présenté qu'une décoloration très-marquée et de l'insensibilité. Rien de pareil, par conséquent, à la gelure signalée par M. Arnott.

Le tamponnement à la glace seule ne détermine pas à beaucoup près une réfrigération comparable ; tout se borne à de la pâleur aux parties extérieures ; car le col ne m'a jamais paru très-pâle, même après une application prolongée. Au reste, il n'y a pas lieu de s'effrayer du refroidissement causé par le tamponnement à la glace ou par les mélanges réfrigérants ; j'ai bien souvent retiré brusquement le tampon ou le mélange réfrigérant et porté le doigt dans le fond du vagin pour savoir à quoi m'en tenir relativement à la réfrigération intérieure ; je n'ai jamais pu constater autre chose qu'une légère fraîcheur, et en portant rapidement un thermomètre au fond du vagin, après avoir retiré le mélange réfrigérant, tout en laissant en place le spéculum, je n'ai jamais vu le thermomètre descendre

au-dessous de 14° centigrades. La réfrigération n'est donc pas portée aussi loin dans les parties profondes qu'à l'extérieur, alors même qu'on fait usage des mélanges réfrigérants et, ce qui a plus d'importance au point de vue pratique, l'abaissement de température n'a pas besoin d'être porté aussi loin dans l'utérus et dans les organes du bassin que dans les organes extérieurs pour arriver à la perte de la sensibilité et à la cessation de la douleur, circonstance du reste en rapport avec la sensibilité obtuse bien connue des organes de la vie végétative et de l'utérus en particulier.

Tout ce qui précède montre quelle place peuvent occuper les mélanges réfrigérants ou le tamponnement à la glace dans la thérapeutique des affections utérines. C'est surtout un modificateur de la sensibilité, un moyen de calmer l'hypéresthésie dont le système utérin est le siége, un moyen de supprimer les irradiations de douleurs dont ce système est le point de départ. Douleurs hypogastriques et iliaques, douleurs au pli de l'aine et dans les cuisses, douleurs dans les reins surtout, le tamponnement à la glace les suspend pendant quelques heures d'abord, puis des journées entières, les fait disparaître enfin d'une manière définitive lorsqu'on en fait usage dans les cas où ce moyen est plus particulièrement indiqué. Qu'on ne croie pas en effet que le tamponnement à la glace soit un moyen banal dont on puisse faire usage dans tous les cas où il existe des douleurs, dont on puisse espérer constamment des résultats avantageux. Il est des cas plus favorables les uns que les autres à l'emploi de ce tamponnement; il est des cas qui lui sont tout à fait défavorables; il est enfin des personnes chez lesquelles ce moyen ne peut être continué sans ajouter à l'état d'irritabilité nerveuse dans lequel elles se trouvent habituellement, et de toutes les contre-indications, la plus formelle est certainement cet état de nervosité, de sensibilité généralement exaltée que l'on rencontre chez quelques malades, dans le cours des affections utérines. En dehors même de ces organisations malheureuses pour lesquelles tout moyen perturbateur est un écueil ou un danger, il est des cas où l'on ne peut compter sur des effets permanents ou même de quelque durée à la suite de ce tamponnement, ce sont ceux dans lesquels l'utérus ou le système utérin est le siége d'une inflammation aiguë ou seulement d'une congestion active d'une certaine durée, touchant de près à l'inflammation aiguë.

Il semble, au premier abord, que la métrite aiguë, les inflammations phlegmoneuses périutérines, etc., devraient trouver dans l'emploi du tamponnement à la glace une ressource utile et précieuse. Il

n'en est rien cependant ; ce tamponnement détermine, dans ces cas, des douleurs assez vives dans les premiers instants, suivies d'un calme complet, mais ce calme n'est pas de longue durée : une demi-heure, moins encore quelquefois, ne s'est pas écoulée que les douleurs reparaissent avec une nouvelle intensité et obligent à recourir aux moyens dont l'action se continue davantage ou qui agissent plus directement sur l'état morbide.

Les congestions actives passagères, les congestions passives de l'utérus surtout et les douleurs qu'elles entraînent avec elles sont, au contraire, merveilleusement calmées par le tamponnement à la glace, et c'est précisément ce qui rend son emploi si utile dans les inflammations de l'utérus arrivées à l'état subaigu ou passant à l'état chronique, pour combattre les congestions qui se produisent de temps en temps et qui raniment les douleurs anciennes momentanément assoupies ; dans les congestions qui se montrent si souvent à l'époque de la ménopause, et principalement dans les congestions que l'on observe si fréquemment dans le cas de déplacement, dans les déplacements de l'utérus en arrière surtout. Il suit de là que le plus ordinairement le tamponnement à la glace ne saurait constituer à lui seul une méthode de traitement des affections utérines ; l'expérience m'a même montré dans ce tamponnement moins un moyen de traitement applicable à telle ou telle affection utérine déterminée, qu'une ressource thérapeutique de nature à remplir certaines indications et principalement à triompher des douleurs qui se lient à des congestions actives passagères ou purement passives de l'utérus et des organes voisins. Dans les déplacements utérins toutefois, il est des cas dans lesquels l'amélioration produite par ce moyen est portée si loin que ce peut être considéré comme son véritable triomphe. Je me bornerai à rapporter l'observation suivante, qui témoigne d'autant plus en faveur du tamponnement que l'affection était plus ancienne et les accidents plus marqués au moment où il a été mis en usage.

Obs. ***Rétroversion complète de l'utérus d'origine ancienne, avec léger degré de rétroflexion; accidents plus marqués et trouble de la santé générale depuis deux mois; emploi du tamponnement à la glace, des douches ascendantes froides et plus tard du sac à air; amélioration très-remarquable.*** **— Françoise Laurent, âgée de trentre-trois ans, giletière, entre dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, le 4 février 1856 (salle Sainte-Thérèse, n° 20). Cette femme, d'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a été réglée pour la première fois à l'âge de dix-huit ans. Assez malade à cette époque, elle s'est bien rétablie depuis, s'est mariée et a eu deux enfants, le premier il y a onze ans, le second il y a sept ans. Son premier accouchement avait**

eu lieu à sept mois et demi, sa deuxième grossesse est arrivée à terme; mais l'accouchement très-laborieux a dû être terminé par la version. De là des accidents immédiats qui l'ont forcée à garder le lit pendant trois mois, et depuis cette époque elle a éprouvé des douleurs dans le bas-ventre, dans la matrice et dans les reins; depuis cette époque également, lorsqu'elle est levée, elle éprouve dans le côté droit du ventre une pesanteur qu'elle soulage en pressant avec la main sur ce point; la constipation, qui était habituelle chez elle, a beaucoup augmenté et s'est accompagnée de douleurs en allant à la garde-robe. Beaucoup de flueurs blanches; jamais de pertes sanguines, de dérangements dans les règles ni de douleur à leur époque. Depuis deux mois la santé générale s'est un peu altérée; elle a perdu l'appétit; les digestions sont devenues de temps en temps un peu lentes, et elle a commencé à éprouver la sensation d'embarras à la région épigastrique. Mais surtout elle éprouve dans la fosse iliaque droite, dans la matrice et le fondement, des élancements qui lui rendent le travail presque impossible, parce qu'ils se manifestent principalement lorsque la malade est assise ou dans la station debout.

Cette femme n'était ni amaigrie ni décolorée; sa coloration était même plus vive, disait-elle, que dans l'état de santé. A part la perte d'appétit signalée plus haut, la lenteur des digestions se montrant de temps en temps, une constipation habituelle réclamant l'usage journalier des lavements, quelques cuissons en urinant et parfois des besoins fréquents d'uriner, cette malade n'offrait d'autres symptômes que des troubles vers le système utérin, des douleurs à l'hypogastre, des tiraillements dans la fosse iliaque droite et dans les reins, avec élancements dans les parties génitales externes, démangeaisons à la vulve en dedans et en dehors de celle-ci; pertes blanches très-abondantes et surtout une sensibilité très-vive à la pression exercée à l'hypogastre ou au-dessus de l'arcade crurale droite. C'était principalement couchée ou assise que la malade souffrait, et dans cette dernière situation, elle avait des douleurs plus vives dans les reins; debout et marchant elle souffrait peu, mais dès qu'elle s'arrêtait les douleurs reparaissaient.

Le toucher nous fit reconnaître une rétroversion presque complète de l'utérus avec inclinaison à droite, tandis que le corps, un peu dirigé à gauche, était relevé et regardait le bord supérieur du pubis, le col incliné à droite occupait la concavité du sacrum et pressait sur le rectum qu'il oblitérait presque, ainsi que nous le montra le toucher rectal; à la réunion du col et du corps en arrière, on sentait un sillon très-appréciable. Le corps de l'utérus était très-volumineux, très-peu mobile et douloureux dans les mouvements communiqués; la cavité du corps était dilatée, la sonde utérine pouvait y être retournée facilement dans tous les sens, et les deux cavités du col et du corps mesuraient 8 centimètres d'arrière en avant; impossibilité de relever le corps de l'utérus pas plus avec le doigt qu'avec la sonde utérine. Le spéculum montrait le col volumineux, l'orifice entr'ouvert, et dans la lumière de celui-ci une ulcération granulée.

Le 8 février, nous commençâmes le traitement : tamponnement à la glace, frictions avec le drap mouillé tous les matins et douche ascendante froide tous les jours. Dès le premier tamponnement à la glace, il y eut une amélioration très-marquée; l'application de la glace était suivie d'une sensation de froid dans le bassin qui se prolongeait pendant une heure et demie et amenait un calme complet dans les douleurs. Les douches ascendantes froides lui furent aussi très-utiles, en rétablissant la liberté du ventre.

La malade n'avait pas été soumise à plus de trois séances de tamponnement,

lorsque les règles parurent en avance de cinq jours, et un peu plus douloureuses que d'habitude; elles durèrent six jours comme à l'ordinaire; et lorsqu'elles furent terminées, la malade nous confirma l'amélioration qu'elle avait signalée dès la première application de la glace. Elle se trouvait bien, même dans la station debout, et les élancements dans la matrice étaient très-rares. Le 25 février, on reprit le tamponnement à la glace et il fut continué les 27, 29 février, 3 et 5 mars. A part l'ulcération qui existait dans la lumière de l'orifice, la malade pouvait être considérée comme débarrassée do son état de souffrance à partir des premiers jours de mars; le 10, elle se trouvait très-bien et depuis trois jours elle n'avait pas éprouvé d'élancements. Restait cependant la rétroversion, aussi marquée que par le passé et que je cherchai à convertir en rétroflexion à l'aide de l'instrument de Simpson, ainsi que j'y étais parvenu avec succès dans quelques cas; mais la malade ne put garder l'instrument, bien que le cathétérisme eût été pratiqué déjà plusieurs fois sans difficulté; à peine appliqué, l'instrument ressortait et ne pouvait être maintenu.

Cette tentative infructueuse d'introduction amena des douleurs qui se prolongèrent assez vives toute la journée et qui duraient encore, mais sourdes, le lendemain et le surlendemain. Pansement de l'ulcération do l'orifice avec l'alun en poudre. La malade était en très-bon état le 24 mars, lorsque je commençai l'emploi du sac à air placé en avant du col, après abaissement préalable de celui-ci, à l'aide de la sonde utérine. Elle le supporta très-bien pendant vingt-quatre heures et nous y revînmes tous les jours jusqu'au 26 mars, que les règles parurent une seconde fois. A partir du 1er avril, le sac à air fut réappliqué tous les matins et gardé près de vingt-quatre heures; un seul jour, à la suite d'une cautérisation de l'ulcération, cette application fut suivie d'élancements passagers.

Le 21 avril, le rétablissement était complet, sauf, bien entendu, la rétroversion qui n'avait pas varié, et la malade était, sous ce rapport et sous ce rapport seulement, dans le même état qu'à son entrée, lorsqu'elle quitta l'hôpital trois jours après. Néanmoins la santé s'est maintenue, et au mois de juillet dernier, elle était toujours bien portante et depuis n'avait jamais interrompu ses occupations et son travail journalier.

On remarquera que les douleurs ont été parfaitement calmées, sans qu'il y ait eu modification dans la position anormale de l'utérus, dont le fond adhérait probablement au rectum, comme l'ont prouvé les tentatives inutiles de redressement auxquelles nous nous sommes livré; l'amélioration nouvelle qui a été le résultat de l'emploi du sac à air tenait certainement, non au redressement de l'utérus, mais à l'immobilisation complète de l'organe. Ce qu'il y a de satisfaisant et d'encourageant à la fois, c'est que l'amélioration s'est maintenue; et plusieurs mois après, cette malade continuait presque sans douleur de vaquer aux occupations de son ménage. Malheureusement l'amélioration n'est pas toujours aussi durable, et dans les classes laborieuses les rechutes sont fréquentes, sous l'influence des fatigues nombreuses auxquelles les malades sont soumises.

On sera peut-être surpris en me voyant signaler les avantages du tamponnement à la glace dans les congestions utérines d'un certain

ordre, de ne pas trouver ici indiqué ce tamponnement dans les hémorrhagies utérines. Ce moyen me paraît, en effet, d'une activité beaucoup moindre dans les cas de ce genre, qu'on ne le suppose généralement. Sans doute si l'hémorrhagie est peu abondante et touche à sa fin, le tamponnement, comme je l'ai vu bien des fois, suspend définitivement l'hémorrhagie; mais fort souvent aussi la réaction, qui est la conséquence inévitable de l'application de la glace, détruit tout le bien qu'on en avait obtenu, de sorte que, suspendue pendant quelques heures, l'hémorrhagie reparait de nouveau. Pour ma part, je n'établis aucune comparaison dans le cas d'hémorrhagie utérine grave entre le tamponnement à la glace et l'application continue de la glace sur l'abdomen, l'obturation du col, ou l'injection dans la cavité utérine de quelques gouttes d'eau à la température de la glace fondante, portées dans cette cavité à l'aide d'une sonde utérine creuse, à laquelle on adapte l'insufflateur de Hardy. Mais cette question des injections intra-utérines est trop grave pour que je puisse la traiter ici d'une manière incidente; j'ai voulu seulement prémunir les praticiens contre une trop grande confiance dans l'emploi de la glace portée dans le vagin, comme moyen de suspendre l'hémorrhagie utérine.

Il est assez difficile de fixer le nombre des séances de tamponnement, comme de préciser la durée que l'on doit donner à ces séances, ou de dire l'intervalle qu'il convient de mettre entre chacune d'elles. La sensibilité des malades et les résultats obtenus jouent un très-grand rôle dans cette détermination.

En général, pour ne pas fatiguer et ne pas décourager les femmes, les premières séances doivent être courtes, cinq ou dix minutes, mais les jours suivants on peut leur donner une plus grande durée, quinze, vingt, vingt-cinq, trente minutes; il faut éviter d'aller jusqu'à la fatigue, et dès que la malade se plaint de lassitude, l'opération doit être interrompue, sauf à la rendre un peu plus longue le lendemain.

Comme on l'a vu dans l'observation citée plus haut, le tamponnement était répété tous les deux jours; mais je crois cet intervalle trop long, et quelques malades m'ont dit perdre d'une séance à l'autre tout le bien-être qu'elles avaient retiré de ces applications. Je crois donc, comme je le fais dans la pratique civile, que ces opérations doivent être répétées tous les jours, et, si la chose est possible, à la même heure.

Faut-il persister longtemps dans l'emploi de ce moyen? A cet égard, les résultats obtenus par les premières séances jugeront faci-

lement la question. Si, à la seconde ou à la troisième séance, il n'y a pas d'amélioration, il est inutile de persister dans l'emploi de ce moyen; mais si, dès la première ou la seconde séance, il y a un état de calme et de bien-être très-marqué, il convient de revenir au tamponnement jusqu'à ce que l'hyperesthésie utérine et les douleurs d'irradiation aient presque entièrement disparu, sauf à traiter ultérieurement, bien entendu, les états morbides coexistants, ulcérations, engorgements, catarrhe utérin, etc. Quatre, cinq séances dans certains cas favorables, huit ou dix dans les cas plus graves, quinze à vingt dans les cas rebelles, tel est à peu près le nombre des tamponnements que j'ai pratiqués chez la même malade.

Le tamponnement à la glace est-il destiné à occuper une certaine place dans le traitement des affections utérines? Je l'ignore, et j'en doute même quelque peu; les médecins n'ayant guère de goût pour les traitements qui demandent un certain appareil, et réclament une assez grande perte de temps. Mais j'ai cru faire une chose bonne et utile que leur indiquer une ressource thérapeutique de nature à leur rendre dans certains cas déterminés de bons et signalés services; j'ai cru, en outre, acquitter une dette envers le médecin distingué, aux travaux duquel la chirurgie est redevable de l'anesthésie par réfrigération. Dr F.-A. Aran.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Un mot encore sur la valeur du fer réduit par l'hydrogène.

Nous revenons encore sur cette question de la valeur réelle du fer réduit par l'hydrogène, parce que nous voyons avec regret les praticiens donner la préférence à une préparation de fer qui ne présente en réalité aucune supériorité marquée sur les autres préparations ferrugineuses de ce métal, et dont le prix est proportionnellement très-élevé. Sur quoi se basait Quévenne, et sur quoi se basent avec lui les promoteurs des nouvelles préparations ferrugineuses? Ils se sont tous efforcés de prouver théoriquement d'abord et par des raisonnements que la préparation proposée par eux est facilement soluble dans les liquides organiques, et qu'elle est facilement assimilable; puis ils ont cherché à en démontrer l'efficacité par des faits cliniques. Quévenne a été plus loin; car il a prouvé expérimentalement que de toutes les préparations ferrugineuses, celle qui introduit le plus de fer à l'état de dissolution dans le suc gastrique pour un poids donné est le fer réduit par l'hydrogène; puis il a

démontré qu'une dose moyenne et journalière de 25 centigrammes de fer réduit suffit pour guérir la chlorose.

Mais les avantages que Quévenne et avec lui beaucoup de médecins reconnaissent au fer réduit sont-ils bien certains et méritent-ils la faveur exclusive dont on voudrait le faire jouir ? Il résulte des recherches de Quévenne que le fer réduit bien préparé, administré à la dose de 0,50, a cédé au suc gastrique d'un chien 0,051 de fer; que la même dose de limaille de fer a cédé 0.035, et la même dose de fer réduit, mal préparé, seulement 0,022. Mais si, comme Quévenne l'a établi, une dose moyenne et journalière de 0,25 de fer réduit est suffisante pour la guérison de la chlorose, la solubilité de la limaille dans le suc gastrique étant à celle du fer réduit comme 35 à 51, il suit de là qu'une dose moyenne et journalière de 0,35 de limaille équivaudrait à la dose de 0,25 de fer réduit bien préparé, nécessaire pour la guérison de la chlorose. Or, n'est-il pas vraiment insignifiant, au point de vue du volume, de faire prendre à un malade 0,25 de fer réduit ou 0,35 de limaille? autrement dit, le fer réduit le mieux préparé l'emporterait donc de bien peu sur la limaille, quant à la solubilité dans le suc gastrique du chien.

Mais le praticien peut-il compter aussi bien sur le fer réduit par l'hydrogène qui se trouve dans les officines que sur la limaille de fer ? A cet égard, nous empruntons à une note insérée par M. Jeannel, dans le Journal de médecine de Bordeaux, quelques renseignements qui ne sont pas sans intérêt. Cet honorable pharmacien a examiné six échantillons de fer réduit qu'il s'est procuré dans les meilleures officines de la ville de Bordeaux. (Aucun d'eux ne provenait, bien entendu, de la pharmacie de M. Miquelard, l'ancien associé de Quévenne.)

L'un de ces échantillons était tout à fait insoluble à froid dans l'acide azotique du commerce, dans l'acide sulfurique étendu, et, à plus forte raison, dans le vinaigre.

Quatre de ces échantillons qu'on a fait bouillir dans le vinaigre et évaporer à siccité (5 gram. de fer pour 50 gram. de vinaigre) ont donné, après oxydation de l'acétate par l'acide azotique et après calcination, un résidu de peroxyde de fer plus faible que la limaille de fer traitée de la même manière et dans les mêmes conditions.

Un seul échantillon a cédé au vinaigre bouillant plus de fer que la limaille.

Deux de ces échantillons de fer réduit étaient insolubles en totalité dans l'acide sulfurique étendu.

Il suit de là que le fer réduit que l'on trouve dans les officines est

une préparation qui risque d'être falsifiée ou mal faite et qui devient insoluble dans les acides les plus énergiques, à plus forte raison dans les acides de l'estomac, tandis que la limaille de fer ne risque jamais ni falsification ni mauvaise préparation. Et quand on pense que la limaille de fer est d'un prix à peu près insignifiant, que son activité, constante à une dose très-faible, égale à peu de chose près, même au dire des intéressés, la solubilité du fer réduit, il nous semble que pour tous les praticiens et pour tous les bons esprits la question ne saurait rester un instant douteuse.

Sirop de bourgeons de sapins; moyens de le préparer

Par M. Mouchon.

Dans son intéressante étude pharmaceutique sur les bourgeons de sapin, M. Mouchon fait connaître deux modes opératoires donnant lieu, à quelque chose près pourtant, au même résultat et pouvant être mis en pratique avec succès pour la préparation de ce saccharolé :

1° Bourgeons de sapin en poudre, 125 grammes.

Hydrolat de bourgeons de sapin à 56° centigr., Q. s.

Sirop de sucre, 40 grammes.

Faites une solution avec la poudre et le double de son poids d'hydralcool; exprimez fortement; renouvelez la dilution avec autant d'alcool, exprimez de nouveau, puis lavez le résidu avec assez de menstrue pour opérer le complément de 500 grammes d'alcoolé que vous filtrerez au papier.

Faites réduire le sirop à 3,500; versez-le dans un vase fermant hermétiquement, et additionnez-le rapidement de l'alcoolé pour ne déboucher le vase qu'après complet refroidissement.

2° Bourgeons en poudre, 250 grammes.

Alcool à 56° centigr., 20 grammes.

Sirop de sucre, 80 grammes.

Épuisez les bourgeons par le mode décrit précédemment; placez le sirop et l'alcoolé dans le bain-marie d'un alambic; lutez l'appareil, recueillez par distillation les trois quarts de l'alcool employé et ramenez le sirop à son point normal.

Chauds, ces deux sirops sont d'une transparence presque parfaite; froids, ils sont opalescents l'un et l'autre et présentent à peu près le même aspect. Une saveur franchement aromatique les caractérise tous deux; cependant l'arome et la saveur sont plus prononcés dans le premier que dans le deuxième, et cela se conçoit assez facilement,

l'un ayant perdu par la distillation une partie de l'huile essentielle des thurions et ne compensant qu'imparfaitement cette perte par un épuisement plus complet de ces parties à l'aide d'une plus grande quantité de menstrue.

En somme, d'après M. Mouchon, ce sont deux bons produits recommandables l'un et l'autre, le premier par l'intégrité des principes volatils des gemmes, l'autre par la puissance de toute leur matière résineuse; nous sommes assez disposé cependant, comme M. Mouchon, à donner la préférence au premier, la présence de l'alcool faible, dans la proportion de 1/8ᵉ, loin de nuire aux propriétés de l'agent médical, ne pouvant, ce semble, que leur être favorable, attendu que l'on recherche dans les produits qui ont les bourgeons de sapin pour base une action stimulante plus ou moins énergique.

Nous n'ajouterons qu'un mot relativement à la poudre et à l'hydrolat de bourgeons de sapin dont il est parlé plus haut.

La *poudre de bourgeons de sapin*, que l'on obtient seulement après complète dessiccation de ses parties ou après une longue exposition dans une bonne étuve, sans quoi les bourgeons se divisent sous le pilon et deviennent tomenteux sans se pulvériser; la poudre est moins légère, moins volumineuse que la poudre des tiges; elle a une certaine couleur plus fauve, un arome plus résineux, plus franchement térébinthacé que les autres parties.

L'*hydrolat de bourgeons de sapin* s'obtient par la distillation de

Bourgeons de sapin.......... 1 partie
Eau commune............... 12 parties.

On recueille par distillation quatre parties de ce produit. L'arome propre aux thurions se prononce ici dans toute sa force et se maintient ainsi pendant un long laps de temps, lorsque les vases que renferme l'hydrolat bouchent hermétiquement. Il a un aspect opalescent qui s'affaiblit pourtant à la longue par le défaut d'une partie des principes qu'il tient en solution ou en suspension.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi du valérianate d'ammoniaque dans le traitement des névroses.

Vous avez inséré dans le numéro du 30 juin de votre excellent recueil un mémoire de M. le docteur Déclat sur l'*Emploi du valérianate d'ammoniaque dans le traitement des névralgies*, mémoire qu'ont reproduit le Moniteur des hôpitaux du 3 juillet dernier et l'Union médicale du 8 du même mois.

Si M. Déclat se fût contenté, dans sa première observation, de nommer la malade qui l'y avait autorisé, je me serais sans doute abstenu de venir vous apprendre qu'il s'était trop hâté en publiant cette observation, *qui a cessé aujourd'hui* (15 septembre 1856) *et déjà depuis quelques jours d'être exacte!* Mais M. Déclat a cru en outre devoir (en me faisant l'honneur de l'accoler à celui de M. le professeur Jobert de Lamballe) faire figurer mon nom dans cet article, beaucoup trop favorable à la médication qu'il préconise, et il m'a donné ainsi le droit, et je dirai même plus, il m'a fait un devoir de vous adresser cette réclamation.

J'ai donc le regret d'avoir à dire que M. Déclat sait parfaitement que Mme la marquise de F... *n'est en aucune façon guérie* de l'horrible névrose des nerfs de la septième paire qui empoisonne sa vie depuis six ans au moins, et qui l'a mise plus d'une fois en danger de mort. Il le sait, dis-je, car nous avons failli nous rencontrer au lit de la malade le 30 du mois d'août dernier [1], alors qu'elle éprouvait une nouvelle crise si violente, qu'elle m'a déclaré avoir été lancée deux fois hors de son lit!... *Et cela, après un traitement de plusieurs mois par le valérianate d'ammoniaque!*

Ce n'est du reste pas la première fois que Mme de F*** éprouve de ces rémissions dans sa maladie. Après un traitement par la cautérisation transcurrente et ponctuée, dirigée avec autant de talent que de bienveillante sollicitude par M. Jobert, elle avait aussi obtenu une rémission telle, qu'elle avait repris l'éclat que comportait une des plus brillantes santés que j'aie jamais connue. Nous la croyions tous guérie, M. Jobert le premier, et cependant, *il ne se pressa pas de publier cette cure, qui paraissait merveilleuse!*

Une première rechute eut lieu, et cette fois c'est en vain que la même médication fut mise en usage. Les accidents devinrent une seconde fois tellement graves, que de nouveaux avis furent demandés de tous côtés. MM. Sédillot et Jobert, mis en présence par moi, ne purent pas s'accorder sur le moyen proposé par le premier, et qui eût consisté à ouvrir le sinus et à y porter le fer rouge! Quant à M. le professeur Velpeau, que j'avais aussi appelé auprès de ma pauvre malade, et dont le nom est aussi invoqué par M. Déclat, il avait conseillé l'expectation ou les palliatifs seulement, de préférence à une médication active.

---

(1) A cette même date, l'Union médicale renfermait une lettre de M. Déclat, où le nom de Mme de F... est encore cité comme témoignant de l'efficacité du remède!..

M. Jobert de Lamballe et moi profitâmes d'un moment de relâche dans les douleurs pour envoyer Mme de F... à Plombières ; elle en revint dans un état d'amélioration si grande, qu'on dut espérer qu'une nouvelle saison des mêmes eaux la guérirait définitivement. Hélas! elle en revint cette fois dans des conditions telles, qu'il fallut essayer (*après la médication arsenicale*) du valérianate d'ammoniaque, dont l'emploi a été suivi d'une de ces rémissions qui avaient succédé aux médications antérieures, sans qu'on ait pu rationnellement affirmer qu'elles en aient été la conséquence naturelle. Car dans ce moment (15 septembre) encore, Mme de F... recommence à aller mieux, et elle ne prend que des médicaments calmants (la codinée à l'intérieur, l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique), qui lui ont assez souvent réussi... *mais pas toujours!*

A ce premier fait négatif, mon cher confrère, j'ajouterai le suivant, qui m'est entièrement personnel.

Je viens tout dernièrement d'administrer, pendant quatre mois consécutifs (du 3 mai au 25 août derniers), le valérianate d'ammoniaque à une dame des environs de Paris, atteinte de la même maladie que Mme de F... : il s'est manifesté pour un instant une légère amélioration, qui malheureusement a peu duré, et Mme L... est aujourd'hui dans le même état qu'au début du traitement.

Faut-il conclure de ces deux faits que le valérianate d'ammoniaque, dont la formule a été révélée par l'article du 30 août de l'Union médicale, est *un médicament sans valeur?* Telle n'est pas ma pensée, et je vais le prouver, en donnant ici au complet l'histoire de Mme la marquise de V..., dont M. Déclat cite aussi la guérison, sans y avoir été autorisé par moi, qui ai administré le remède [1], ni par la malade..., du moins que je sache; car j'ai cessé de la voir pour des motifs étrangers à la médecine. Aussi ai-je dû lui écrire pour savoir ce qu'il était advenu de son traitement, et c'est sa réponse que je transcrirai ici.

« 12 septembre. Lorsque Mme de V... a fait usage de valérianate d'ammoniaque, ses douleurs étaient constantes dans la tête, dans l'œil, dans le nez; elle ne trouvait aucun repos. Elle a commencé le remède par deux cuillerées (à café); le soulagement a été long à se faire sentir, et ce n'est qu'à la dose de quatre cuillerées qu'un mieux sensible s'est opéré; seulement quelques douleurs d'estomac forcè-

[1] Sur les indications de Mme de F..., je faisais prendre le valérianate chez le même pharmacien que M. Déclat.

rent M[me] de V... à diminuer cette dose. Elle a continué le remède jusque dans le courant de juin (M[me] de V... avait commencé l'usage du valérianate d'ammoniaque le 17 mars 1856); et, depuis cette époque, elle n'a ressenti aucune atteinte de ces affreuses douleurs, passées chez elle à l'état chronique des plus pénibles. Il y avait, en général, un redoublement de souffrance à certaines époques périodiques, mais depuis l'emploi du remède aucune douleur n'est venue les troubler. »

Maintenant cette cure sera-t-elle palliative ou définitive? C'est ce que le temps seul peut nous apprendre. C'est cette nécessité de la consécration du temps qui faisait que je ne me pressais pas de publier le résultat *actuel* de mes recherches pratiques sur les effets du valérianate d'ammoniaque. Ce sont ces mêmes motifs, joints à la convenance qu'il y a toujours, en fait de médecine pratique, à dire la vérité, et rien que la vérité, qui m'ont dicté cette réclamation, que j'espère bien, mon cher confrère, vous voir accueillir avec bienveillance, car son but principal est de prémunir nos confrères contre la publication trop hâtive de succès qui sont trop souvent douteux, quand il s'agit de maladies nerveuses invétérées, et qui n'ont de valeur pour les esprits sérieux et désintéressés que lorsque des délais assez longs sont venus démontrer la réalité et la solidité de la cure obtenue ! A. Legrand, D. M. P.

Aphonie traitée sans succès, pendant vingt-deux mois, par les médications les plus variées, et guérie instantanément par l'excitation électrique du nerf laryngé inférieur.

Observation communiquée par le docteur R. Philipeaux (de Lyon).

M[lle] X..., âgée de vingt-un ans, d'un tempérament nerveux, fut prise, le 1[er] janvier 1854, à la suite de l'impression d'un froid humide, d'un mal de gorge qui dura une huitaine de jours, et qui s'accompagna d'une toux vive et d'une aphonie complète. Des boissons adoucissantes et pectorales firent bientôt cesser la toux et l'inflammation pharyngienne, mais l'aphonie persista. Ce fut en vain que pour combattre cette maladie on employa successivement des médications énergiques, telles que gargarismes alumineux, vésicatoires au marteau à la partie antérieure du cou, cautérisations répétées du pharynx avec de l'ammoniaque et le nitrate d'argent. M[lle] X... resta aussi aphone que le premier jour. Des traitements généraux destinés à combattre l'état chloro-hystérique de cette malade (préparations de fer, antispasmodiques, tels que valériane, teinture de castoréum, assa fœtida, purgatifs, etc.), améliorèrent sa santé gé-

nérale, mais ne purent en aucune manière rétablir la voix qui s'était si brusquement supprimée.

Tel était l'état de cette jeune personne, lorsque je fus appelé à lui donner mes soins, le 2 janvier 1856.

La voix était complétement abolie : malgré les plus grands efforts, elle ne pouvait articuler aucun son, ni produire la moindre intonation ni le moindre cri ; les efforts mêmes qu'elle faisait avaient pour conséquence de produire au fond de la gorge un léger chatouillement, qui la forçait à tousser.

Après m'être assuré qu'il n'existait aucune inflammation chronique du larynx ni aucune affection pulmonaire, je diagnostiquai une aphonie purement nerveuse, et je jugeai dès lors que l'électrisation localisée suivant les procédés de M. Duchenne, de Boulogne, pourrait peut-être réussir à rétablir la voix. Dans ce but, je plaçai deux excitateurs humides sur la partie antérieure du cou, l'un au-dessus du corps thyroïde, l'autre au niveau de l'espace crico-thyroïdien (je me servis, dans ce cas, d'excitateurs coniques recouverts d'éponges), puis je fis passer un courant d'induction, à intermittences d'abord assez éloignées les unes des autres, d'une seconde environ, et à un degré modéré ; et la malade, s'étant habituée à la sensation électro-musculaire, j'augmentai progressivement l'intensité et la rapidité du courant. Après huit séances, qui ne durèrent jamais plus de dix minutes chacune, n'ayant obtenu aucune espèce d'amélioration, je jugeai convenable de suspendre l'électricité pour m'occuper à rétablir la santé de cette jeune personne, espérant pouvoir ensuite mieux réussir. En conséquence, je prescrivis des pastilles de lactate de fer, des bains salés, des antispasmodiques et un régime tonique. Pendant la durée de ce traitement, Mlle X.... fut prise d'une attaque d'hystérie très-forte et à laquelle succéda une paralysie complète du bras gauche. Quelques séances d'électricité localisée sur le membre malade rétablirent, au bout d'une vingtaine de jours, les mouvements. Dès que la paralysie eut cédé, je conseillai à cette malade de changer de climat, de se rendre dans les montagnes du Dauphiné, et d'y suivre le traitement général que je lui avais prescrit. Le séjour à la campagne, au milieu d'un air vif, contribua beaucoup à améliorer la santé générale. Je dois dire, toutefois, que cette jeune personne fut prise alors d'une crise nerveuse extrêmement forte, qui dura plusieurs heures, mais qui heureusement ne s'accompagna pas de paralysie, comme la précédente.

Le 5 août 1856, à son retour à Lyon, ayant constaté une très-grande amélioration par rapport à l'état général, je me décidai

à recourir de nouveau à l'électricité. Je commençai par agir comme précédemment, c'est-à-dire en plaçant les deux excitateurs humides au-devant du cou; mais, au bout de huit séances, n'ayant obtenu aucune amélioration, je plaçai un excitateur sur la langue, tandis que l'autre était maintenu au niveau de la région crico-thyroïdienne : je ne fus pas plus heureux en suivant ce procédé que précédemment. Au bout de cinq séances, n'ayant absolument rien gagné par rapport à la voix, je résolus de recourir à une excitation plus directe et plus sûre des muscles qui président à la phonation : je me décidai à porter directement l'excitation électrique sur le nerf laryngien inférieur et sur les muscles du larynx. En conséquence, je portai un excitateur dans le pharynx, et je le fis pénétrer jusqu'au-dessous de la partie postérieure du larynx; le second excitateur ayant été placé à l'extérieur, au niveau du muscle crico-thyroïdien, je fis passer un courant électrique assez fort. J'avais à peine touché les excitateurs, que la malade jeta un cri perçant et fut prise instantanément d'une crise nerveuse, pendant laquelle elle ne fit que se plaindre et qu'appeler très-distinctement sa mère : la crise se prolongea pendant toute la soirée et une partie de la nuit. Mais quelle ne fut pas la surprise de cette jeune fille, lorsqu'à son réveil, elle s'aperçut que l'aphonie avait complétement cessé, puisqu'elle parlait avec autant de facilité qu'avant sa maladie!

La voix étant revenue, je ne jugeai pas opportun de recourir de nouveau à l'électricité. Cependant, au bout de quelques jours, une toux opiniâtre s'étant manifestée, et la voix, qui jusqu'alors était très-distincte, s'étant affaiblie, je pratiquai immédiatement une petite saignée du bras, qui eut pour résultat de faire disparaître la toux et de ramener la voix à son timbre normal. La guérison datant déjà de trente jours et ne s'étant pas encore démentie, j'ai tout lieu d'espérer que cette cure si remarquable se maintiendra.

Cette observation si intéressante nous montre un des merveilleux effets de l'électricité appliquée à la cure des paralysies. Chez notre malade, toute médication locale et générale n'avait pu triompher du mal; pendant vingt-deux mois, les médecins qui avaient été appelées tour à tour à la soigner avaient successivement employé les traitements qui d'ordinaire offrent le plus de chances de succès, sans en obtenir le moindre avantage : l'électricité, au contraire, a produit dans ce cas un des résultats les plus beaux qu'elle puisse donner, puisque, au moment où notre malade était atteinte d'une aphonie que l'on considérait comme incurable, elle lui a rendu instantanément la voix et l'usage de la parole abolie depuis si longtemps.

Sans aucun doute, l'électricité localisée ne produira pas toujours des résultats aussi favorables; ce serait en vain que l'on chercherait par ce moyen à rétablir l'usage de la parole chez les individus atteints d'aphonie liée à des lésions graves ou même à des inflammations chroniques du larynx ; dans des cas de cette nature, on aggraverait plutôt le mal que de le détruire. Mais si l'on a affaire à des aphonies purement nerveuses, cette méthode de traitement est sûrement celle qui offre le plus de chances de guérison.

Chez notre malade, l'état général éminemment nerveux, les crises hystériques dont elle était souvent atteinte, l'absence complète d'inflammation dans le pharynx, nous permettaient de croire à une aphonie nerveuse. Ce diagnostic fut encore rendu plus sûr lorsque nous eûmes à traiter sa paralysie du bras. En effet, nous fîmes constater alors à tous ceux qui nous suivaient dans nos expériences que la paralysie du bras était bien purement nerveuse, puisque l'excitation électro-musculaire nous faisait constater l'intégrité complète de la contractilité électrique et l'abolition de la sensibilité, signe pathognomonique des paralysies hystériques : il était dès lors naturel de rapporter à la même cause l'extinction de la voix. Je regrette de ne pouvoir entrer ici dans des détails qui me permettraient de démontrer, preuves en main, combien l'électricité localisée peut rendre de services lorsqu'on l'applique au diagnostic des paralysies. Il est curieux, en effet, de voir que sous l'influence de l'excitation électrique, les muscles paralysés répondent d'une manière toute différente, suivant que l'on a affaire à une paralysie dépendant du cerveau, de la moelle épinière, de la lésion traumatique des nerfs, etc. Mais ce que je ne puis faire actuellement, j'espère pouvoir l'accomplir sous peu de jours, et appuyer par des faits, dont plusieurs de mes confrères ont été témoins, les doctrines et les lois formulées à cet effet pour la première fois par Marschall Hall, et surtout par le savant et estimable docteur Duchenne, de Boulogne.

Ce fait nous fournit encore, au point de vue pratique, des aperçus lumineux ; il assigne une grande valeur au précepte de ce dernier auteur, qui recommande essentiellement de localiser le plus possible l'électricité sur les muscles auxquels il faut rendre leurs fonctions. En effet, tant que nous avons agi sur le devant du cou, nous n'avons obtenu aucune espèce d'amélioration, tandis que la guérison a été instantanée lorsque nous avons porté directement l'excitation électrique sur le nerf laryngé inférieur et sur les muscles du larynx.

Il ne faudrait pas croire que ce fait soit encore le seul que la

science puisse enregistrer comme un résultat très-heureux de l'emploi du galvanisme : la science possède déjà plusieurs exemples analogues. Dans les Mémoires de l'Académie des sciences [1] se trouve l'histoire d'une jeune fille de quatorze ans frappée de paralysie et de perte de la parole par suite de frayeur, et qui se rétablit sous l'influence de l'électrisation répétée.

César Pellegrini [2] guérit en douze séances d'électrisation, avec une pile de soixante-dix éléments, un jeune homme de vingt-quatre ans d'une aphonie qui datait de seize mois.

Le docteur Walter [3] rendit, peu de temps après, à un homme de quarante-cinq ans, à l'aide d'un appareil magnéto-électrique, la parole abolie depuis peu de temps.

Le même journal allemand [4] rapporte l'observation d'une femme de vingt-quatre ans atteinte du vice syphilitique, complétement aphone par suite d'une laryngite chronique, qui recouvra la voix à la troisième séance d'électrisation.

On trouve encore dans le Traité de M. Duchenne, de Boulogne [5] ; deux observations d'aphonie produite par la paralysie des muscles du larynx, et traitée avec succès par l'électrisation localisée. Le premier fait est celui d'une jeune fille de dix-sept ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, dont l'aphonie, consécutive à un mal de gorge et datant de sept mois fut complétement guérie par quinze séances d'électrisation localisée au-devant du cou.

La seconde observation a trait à une aphonie datant de deux ans et demi, qui fut guérie par quatre séances d'électrisation localisée sur le nerf laryngé inférieur.

Enfin, M. Sédillot a communiqué à l'Académie des sciences [6] l'observation d'une femme de trente ans, atteinte de mutité et d'aphonie complètes, datant de douze années, complétement guérie, en quelques séances, par l'application de l'électricité d'induction.

L'ensemble de ces faits démontre suffisamment que l'application du galvanisme à la guérison des aphonies nerveuses est une méthode de traitement qu'on ne saurait trop recommander, puisque, dans tous les cas rapportés plus haut, elle a guéri alors que toutes les autres méthodes de traitement avaient été inutilement employées.

R. Philipeaux.

---

(1) Année 1753.
(2) Voyez le journal allemand *Canstatt's jahrericht*, 1843.
(3) Même journal, 1845.
(4) Même journal, 1847.
(5) De l'électrisation localisée, p. 774.
(6) Séance du 24 décembre 1855.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Hématocèle rétro-utérine traitée avec succès par la ponction avec le trocart. — On sait que, sous le nom d'hématocèle rétro-utérine, M. le professeur Nélaton a décrit, il y a quelques années, une affection qui consiste en un épanchement de sang dans le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin. Cette affection, dont le point de départ n'est pas toujours le même et dont le diagnostic laisse encore beaucoup à désirer, sauf certains cas types, offre dans son traitement une grande difficulté. Faut-il abandonner l'épanchement de sang aux efforts de la nature qui en fera l'absorption? Faut-il, au contraire, ouvrir une voie à la sortie du sang, soit par le rectum, soit par le vagin? De ces deux pratiques, la première est la seule jusqu'ici suivie par la majorité des chirurgiens, et les mauvais résultats qui ont suivi l'ouverture de ces épanchements de sang ont fait généralement pencher la balance vers l'expectation. Disons tout de suite que M. le professeur Nélaton professe la même opinion et que, suivant son expression, il ne les ouvre jamais qu'à son corps défendant, lorsqu'il ne peut pas faire autrement, lorsque les douleurs sont trop vives ou que la tumeur menace elle-même de s'ouvrir dans le vagin. Seulement, et c'est en cela certainement que la pratique qu'il suit aujourd'hui l'emporte de beaucoup sur celle qu'il avait mise autrefois en usage, l'habile chirurgien se contente, au lieu d'inciser ces tumeurs, de les ponctionner avec un trocart, ce qui suffit pour donner issue au sang, qui habituellement reste liquide; cette évacuation a pour résultat presque constant d'amener la disparition complète des douleurs ; la tumeur diminue alors et finit par disparaître ; quelquefois elle se reproduit, et le sang accumulé de nouveau se fraye un passage en déterminant l'ouverture de la ponction pratiquée auparavant. Voici un fait récent qui témoigne en faveur de la pratique suivie par M. Nélaton.

Une couturière âgée de trente et un ans, réglée de bonne heure et très-abondamment, accouchée à l'âge de seize ans d'un seul enfant, voyait depuis deux ans ses règles devenir plus abondantes que d'habitude, lorsque, le 6 avril, se trouvant à son époque menstruelle, elle éprouva des douleurs plus vives qu'à l'ordinaire, particulièrement dans la fosse iliaque droite et même jusque dans le flanc. En palpant son ventre de bas en haut, elle sentit une tumeur qui occupait la région hypogastrique, au-dessus de la symphise pubienne. Elle continua à prendre un peu d'exercice, mais les douleurs devin-

rent plus vives et la tumeur augmenta. La malade entra, le 3 mai, dans le service de M. Nélaton.

Par le palper abdominal, on constatait à la région sus-pubienne l'existence d'une tumeur volumineuse, faisant relief sur la paroi abdominale, plus à droite qu'à gauche, et pouvant même être reconnue à la vue seule. Cette tumeur était molle, plus ou moins manifestement fluctuante. En avant, près de la ligne médiane, mais un peu inclinée à gauche, on sentait une tumeur beaucoup plus petite, bien détachée de la plus grosse et s'en distinguant d'ailleurs par une consistance très-dure, c'était l'utérus. Au toucher, on sentait que cet organe était déplacé : col aplati, porté en avant, très-rapproché de la symphise du pubis. En arrière de l'utérus, on sentait une tumeur formant un relief considérable et donnant la sensation d'une poche remplie de liquide, mais sans qu'on pût percevoir la fluctuation par le vagin.

La malade souffrait beaucoup : ses douleurs semblèrent augmenter dans la nuit du 6 au 7 mai, et la tumeur paraissait avoir pris un plus grand volume. M. Nélaton se décida à ponctionner la tumeur. Après avoir constaté un relief très-sensible de la tumeur à la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin, il glissa le long de l'index et du médius de la main gauche introduit dans le vagin un trocart qui donna issue à 1 litre 62 centilitres de sang rouge, limpide, plus fluide que d'ordinaire. Douleurs très-tolérables, à partir de la ponction ; le 9 mai il n'en existe plus, on ne sent plus de tumeur dans la cavité pelvienne, et il ne sort plus de liquide, même lorsqu'on presse sur l'abdomen ; l'utérus est presque entièrement revenu à sa direction normale.

Déjà la malade parlait de quitter le service; mais M. Nélaton lui conseilla de rester quelques jours, la tumeur pouvant se reproduire. Elle se reproduisit effectivement du 9 au 13 mai, et arriva à acquérir le volume d'un œuf de poule ; elle avait encore ce volume à la sortie de la malade, le 18 mai ; mais, dans la nuit du 24 au 25, elle s'ouvrit spontanément dans le vagin, et il s'écoula une quantité assez considérable de liquide roussâtre, d'une odeur extrêmement fétide. Pendant quatre jours, il s'écoula d'une manière presque continue un peu de liquide ressemblant à ce dernier, mais moins épais et d'une odeur moins fétide. La même série de phénomènes se reproduisit plusieurs fois; mais chaque fois le liquide s'écoulait en moindre quantité, devenait séreux et finit par ressembler à de la sérosité. Rétablissement complet dans le courant de juillet.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchement. *Une fausse couche est-elle faite ou va-t-elle se faire?* Cette question, si importante au point de vue du diagnostic, l'est encore peut-être davantage au point de vue du traitement, puisque de sa solution dépend la conduite à suivre en pareil cas. Ce qui rend au reste la solution de cette question quelque peu épineuse, c'est qu'il est des femmes primipares chez lesquelles des fausses couches, déterminées par des causes diverses à une époque peu avancée de la grossesse se font en détail et mettent dix, douze, quinze jours à s'accomplir. Cette lenteur dans le travail de l'expulsion de l'œuf s'explique par la dureté et la résistance des tissus du col, que la grossesse n'a pas eu le temps de modifier, et d'un autre côté par la faiblesse de l'action musculaire de l'utérus, action qui n'a pas atteint non plus le développement excessif qu'elle doit avoir plus tard. Il y a aussi les adhérences plus intimes de l'œuf aux parois de l'utérus, dont il faut tenir compte. Toutes ces circonstances expliquent ici la lenteur du travail et la violence des douleurs, qui sont plus énervantes que celles du travail à terme. D'après M. Depaul, c'est au retour des douleurs revenant par intervalles d'une heure à une heure et demie que l'on reconnaît que la fausse couche n'est pas faite. En effet, lorsqu'après de violentes douleurs il y a calme persistant, on peut supposer que la fausse couche est faite, surtout si la cavité du col s'est reproduite et forme une cavité distincte de celle de l'utérus. Tant que le doigt ne trouve pas un anneau formé par le col, et derrière une cavité unique, il y a lieu de croire que la fausse couche n'est pas faite. Rencontre-t-on, au contraire, deux cavités séparées par l'orifice interne du col, on peut affirmer que la fausse couche est achevée, et alors aussi s'observe la réascension de l'utérus abaissé pendant le travail d'expulsion de l'œuf, signe qui, joint aux autres, vient confirmer le diagnostic.

Que faire si une partie de l'œuf est engagée dans l'orifice? Lorsque cette circonstance se présente, dit M. Depaul, on est amené presque malgré soi à intervenir directement; mais c'est là une mauvaise pratique, parce que les tractions exercées hâtivement sur un œuf incomplétement dégagé ont l'inconvénient de n'en extraire qu'une partie, et aussitôt le col revient avec force sur lui-même. Ce n'est qu'autant qu'on a la sensation de l'indépendance de cet œuf, et que l'utérus est abaissé naturellement, qu'on est autorisé, en l'abaissant encore par des pressions dirigées sur son fond à travers l'abdomen, à terminer la fausse couche. S'il ne se présente à l'orifice qu'un lambeau, qu'un fragment, le reste étant encore adhérent, il vaut mieux attendre, sauf à employer des moyens capables de hâter la fausse couche et de prévenir l'hémorrhagie, le seigle ergoté, par exemple, administré de manière à provoquer des contractions soutenues de l'utérus et la rétraction progressive de cet organe, c'est-à-dire à la dose de 2 grammes en 6 paquets, d'heure en heure. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Albuminurie (*Traitement de l'*) *chez les enfants.* Il n'est que trop vrai, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Maüthner, que le traitement de cette affection, comme des autres complications de l'hydropisie, repose principalement, aux yeux de beaucoup de médecins, sur l'emploi des diurétiques. Dans l'hydropisie qui succède à la scarlatine, et qui est accompagnée d'hématurie et d'albuminurie, M. le professeur Maüthner évite au contraire avec soin tout ce qui, produisant un accroissement d'excitation vers les reins, est de nature à produire une inflammation de ces organes ou à donner lieu à une maladie de Bright. Ce médecin a vu beaucoup de cas dans lesquels la guérison a été obtenue par un régime diététique régulier, alors que les diurétiques avaient échoué à arrêter les progrès de la maladie. M. Maüthner recommande dans ces cas l'emploi exclusif du lait, du riz au lait, et en outre une décoction de gomme ou de graine de lin. Sous l'influence de la diète lactée, il survient un flux abondant d'urine non albumineuse, tandis que l'hydropisie disparaît en conséquence. Si l'administration du lait n'est pas suivie de guérison, il faut changer les alcalins, dans le but de modifier la sécrétion urinaire. Le médicament auquel il accorde la préférence est l'urée, seule ou à l'état de nitrate. Administré à la

dose d'un tiers de grain, avec du sucre en poudre, ce médicament, lorsqu'on le porte à 6 ou 8 grains par jour, amène une abondante sécrétion d'urine, et l'hydropisie disparaît rapidement. (*J für Kind. krank.* et *Edinb. Monthly journal.*)

Angine tonsillaire *aiguë (Nouveau fait à l'appui du traitement abortif de l'), par la cautérisation avec le nitrate d'argent solide.* Malgré les succès que les promoteurs de cette pratique ont rapporté à son emploi fait en temps utile dans l'angine simple, dégagée de toute complication inflammatoire, alors que l'inflammation joue le rôle principal, il est certain que la cautérisation a de la peine à prendre droit de domicile dans la science. Et cependant, d'après les praticiens qui se sont occupés de cette question, depuis M. Bretonneau jusqu'à M. Herpin, de Genève, la cautérisation non-seulement empêche la maladie d'atteindre son summum d'intensité, mais encore elle éteint la phlegmasie sur place, en arrête la propagation, prévient enfin le développement d'accidents ultérieurs, en particulier la terminaison par suppuration. Nous empruntons à la clinique de M. Gintrac le fait suivant, qui témoigne hautement en faveur de cette pratique.

Un tonnelier, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution assez forte, avait été atteint à diverses reprises de fièvres intermittentes et de maux de gorge assez violents ; la dernière angine, qui datait de 6 mois, s'était terminée par un abcès à l'amygdale droite et s'était accompagnée pendant quinze jours d'une fièvre intense. Le 14 juillet, après une suppression brusque de la transpiration, douleur à la gorge avec gêne de la déglutition, en outre frissons suivis de chaleur et de fièvre. Il entra à l'hôpital le 16 : peau chaude, face colorée ; pouls assez large et développé, à 92 ; douleur aiguë sur les côtés du cou, exaspérée par la pression, se réveillant surtout par les mouvements de l'isthme du gosier et du pharynx ; très-grande difficulté pour la déglutition, allant quelquefois jusqu'au rejet des liquides par les fosses nasales ; voix altérée, nasonnée ; surdité ; rougeur très-vive du voile du palais, des piliers antérieurs et postérieurs ; luette volumineuse, allongée, reposant sur la base de la langue, infiltrée dans son tissu ; amygdales formant une tumeur saillante, arrondie, débordant les piliers et ne laissant entre elles qu'un intervalle d'un centimètre environ. (Cautérisation assez forte et générale de toute l'arrière-gorge, des amygdales, de la luette, des piliers, avec le nitrate d'argent solide; tisane d'orge ; gargarismes avec de l'eau d'orge et du lait.) Le 17, le pouls est calme, la température de la peau est normale ; point de douleur sur les parties latérales du cou et peu de gêne de la déglutition ; voix faiblement modifiée, seulement un peu enrouée. On trouve sur le voile du palais quelques bandes ou traînées blanchâtres, produites par la cautérisation de la veille ; rougeur marbrée de la muqueuse pharyngée, volume des amygdales et de la luette un peu moindre. La cautérisation n'a provoqué ni chaleur ni douleur plus vive de la gorge, seulement une saveur styptique désagréable qui s'est dissipée après une heure. (Deuxième cautérisation avec le nitrate d'argent.) Le 18, l'amélioration est très-sensible. La déglutition des liquides n'est plus pénible, la voix a repris son timbre naturel, la muqueuse pharyngienne sa coloration naturelle ; amygdales et luette à peine volumineux ; plus de surdité. (Troisième cautérisation avec le nitrate d'argent.) Le lendemain, il n'y a plus trace d'amygdalite ; le malade mange sans difficulté des aliments de toute sorte; il sort de l'hôpital, le 25, parfaitement guéri.) (*Journ. de méd. de Bordeaux*, août.)

Caustiques *à la gutta-percha (Nouveaux faits à l'appui de l'emploi des).* M. Boys de Loury a communiqué récemment à la Société de médecine plusieurs faits de maladies utérines contre lesquelles il a fait usage avec succès des caustiques à la gutta-percha et principalement de chlorure de zinc. Ainsi dans la Ire observation, ulcération fongueuse du col de l'utérus, guérison en six semaines après deux cautérisations avec le chlorure de zinc. Dans la IIe observation, engorgement et ulcération fongueuse du col, une seule cautérisation au chlorure de zinc, guérison en vingt-quatre jours. Dans la IIIe observation, engorgement considérable, ulcération fongueuse, guérison en vingt jours après une seule application du chlorure. Dans la IVe observation, engorgement du col, ulcération pénétrant dans l'orifice, application des caustiques à l'intérieur du col, guérison en dix-

huit jours. Dans la V[e] observation, ulcération légère, chlorure de zinc, guérison en quelques jours. Dans la VI[e] observation, ulcération pénétrant dans l'orifice, nullement modifiée après trois semaines par les moyens ordinaires, guérie par l'application du chlorure de zinc en quinze jours. Enfin dans la VII[e] observation, ulcération fongueuse profonde, traitée par le caustique de Vienne solidifié, et guérie en douze jours. M. Boys de Luurg a fait suivre ces observations des conclusions suivantes : 1° Les nouveaux caustiques, sous quelque forme qu'ils soient, sont d'une application facile; 2° leur conservation est de beaucoup supérieure à celle des caustiques Filhos et Canquoin; 3° leur application n'est pas plus douloureuse que celle de caustiques beaucoup moins puissants, et s'il est facile de limiter leur étendue en superficie, on peut aussi, pour les plaques au chlorure de zinc entre autres, calculer la profondeur à laquelle ils agissent d'après l'épaisseur des plaques dont on se sera servi; 4° on peut agir avec ces caustiques dans l'intérieur même du col sans déterminer aucun accident, et enfin, dans le plus grand nombre de cas, l'escarre formée se maintient assez longtemps pour qu'à sa chute elle laisse voir une surface moins profonde, moins fongueuse, et dont la cicatrisation s'est rapidement opérée, soit après quelques applications de nitrate d'argent, soit seulement par des injections légèrement toniques. (*Gaz. hebd. de méd.*, juillet.)

Coqueluche (*Du traitement de la*) *et en particulier de l'emploi de l'assa fœtida.* L'emploi de l'assa fœtida contre la coqueluche n'est pas une chose absolument nouvelle; mais M. Aucelin, de Dieuzo, a le mérite de l'avoir retiré de l'oubli dans lequel il était tombé. Ce médecin fait administrer trois lavements contenant chacun dans le moins de véhicule possible un gramme d'assa fœtida et deux gouttes de laudanum de Sydenham pour des enfants de dix-huit à vingt-quatre mois. Le premier est donné le soir; le deuxième, le lendemain matin; le troisième, dans la soirée de ce second jour. Des frictions pratiquées avec une flanelle sèche ou térébenthinée, quelques doses d'ipécacuanha, lors de la complication par une bronchite grave, une mixture à parties égales de sirop de pavot, d'ipécacuanha, de tolu ou de quinquina (3 à 4 cuillerées à café par jour, pendant huit ou dix jours), aident très-utilement, suivant les exigences de chaque cas particulier, à amener la guérison. (*Ann. de la Flandre occid.*)

Fièvre puerpérale (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans la*). En signalant, il y a quelques années (*Bull. de Thér.*, t. XXXIV), d'après M. Lenden, l'emploi du sulfate de quinine comme traitement prophylactique de la fièvre puerpérale, nous disions que nous avions été témoins de deux faits remarquables dans lesquels l'administration de ce médicament à haute dose nous avait paru avoir arrêté la marche graduellement croissante des accidents et contribué pour la plus grande part à la guérison. Nous voyons avec plaisir M. Beau signaler dans une lettre adressée à l'Académie de médecine les heureux résultats que ce traitement lui a donnés également dans son service d'accouchements à l'hôpital Cochin. La dose qu'il a administrée est de 1 gramme. Après avoir commencé le traitement par l'administration d'un émétique, ce médecin donna le sulfate de quinine en potion comme cela se pratique dans le rhumatisme articulaire, d'après la méthode de M. Briquet. On observe que l'ivresse quinique déterminée dans la fièvre puerpérale est très-considérable, donnant lieu à une grande stupeur et à une surdité presque complète. A la faveur de cette ivresse, la fièvre tombe, les douleurs abdominales disparaissent et la malade se trouve rapidement mieux.

Le sulfate de quinine ne réussit pas toujours dans la fièvre puerpérale, ajoute M. Beau. Une circonstance fâcheuse qui vient empêcher son action est le vomissement, assez fréquent dans cette maladie, qui fait rejeter ce médicament et empêche par conséquent son absorption. Aussi, dans ces cas de non réussite, on n'observe pas l'ivresse quinique, condition indispensable de l'efficacité du sulfate de quinine. (*Bull. de l'Acad. de méd.*)

Hallucinations (*Bons effets du haschich et de la belladone contre les*). La difficulté extrême qu'on éprouve à débarrasser les malades des hallucinations est une chose si connue des praticiens que nous croyons leur être agréable, en leur mettant sous les yeux deux faits dans lesquels les hallucinations ont été, sinon guéries définitivement (il est difficile de se prononcer à cet égard), au moins suspendues pen-

dant un temps assez long, par l'emploi du haschich dans le premier cas, de la belladone dans le second.

Obs. I. Homme de vingt-six ans, fils d'une mère aliénée et d'un père adonné aux boissons alcooliques, faisant lui-même un assez grand abus de ces boissons. Le 10 novembre 1855, en sortant du théâtre, il a des hallucinations de l'ouïe et croit s'entendre adresser des injures. Le lendemain, après une nuit sans sommeil, il court dans les rues dans un état d'exaltation fébrile ; il est arrêté et conduit à Bicêtre, où il accuse des visions nocturnes et des miaulements de petits chats dans l'oreille gauche. Un traitement énergique comprenant des douches sur la tête, des sangsues et des ventouses à la nuque, à l'intérieur des pilules d'aconit et de belladone à dose suffisante pour troubler la vision avaient amené une amélioration dans les premiers jours de décembre ; mais, vers la fin du mois, il eut une rechute que les douches modifièrent favorablement de nouveau. Néanmoins, à la fin de janvier, nouvelle rechute qui est suivie d'une nouvelle amélioration jusqu'au 10 avril, qu'il est repris subitement des mêmes hallucinations que précédemment. Alors, dans le but de produire une perturbation complète des idées, M. Moreau lui fait prendre, pendant trois jours, 5 puis 10 centigrammes d'extrait de haschich dans du café. Tout entier aux sensations nouvelles qui se sont emparées de lui, le malade a perdu pour le moment jusqu'au souvenir des anciennes, et les effets du haschich dissipés, il se trouve à son aise et fort content d'être débarrassé de ses hallucinations. Le 5 mai, une nouvelle rechute rend nécessaire une nouvelle dose de haschich ; cette fois les phénomènes ne sont plus identiques aux premiers ; l'intelligence et la sensibilité ne sont pas atteintes ; la sensation que le malade éprouve est plutôt celle de l'affaiblissement, de l'épuisement musculaire ; il chancelle en marchant et peut à peine faire quelques pas sans s'asseoir. Le 28 mai, les hallucinations ayant cessé de se produire, on accorde au malade la sortie qu'il demandait avec impatience.

Obs. II. Homme de vingt-trois ans, d'une constitution débile ; excès de travail ; continence exagérée, et depuis pollutions nocturnes à la suite et sous l'influence de lectures de plusieurs ouvrages sur la démonomanie et les esprits ; il se croit damné et a des hallucinations de l'ouïe pour lesquelles il est conduit à Bicêtre le 5 février. Le jour de son entrée, il prend un purgatif ; le lendemain, macération de quinquina et julep belladoné 5 centigrammes. Le troisième jour, son état moral s'est déjà amélioré ; il se plaint du manque de sommeil (julep avec extrait thébaïque 5 centigrammes). Le 25, l'état moral du malade est excellent, les craintes chimériques qu'il nourrissait ont disparu ; elles ont cédé au raisonnement. Une série de furoncles, développés à la partie interne et supérieure de la cuisse, font beaucoup souffrir le malade ; ils sont successivement ouverts avec le bistouri. Le 15 mai, le malade, dont la guérison ne s'est point un seul instant démentie et qui depuis longtemps peut se distraire, copie des manuscrits et se livre à des travaux littéraires ; il surt de l'hospice sur sa demande. (*Gaz. des hôp.*, juillet.)

Hématurie *traitée par les injections astringentes dans la vessie.* Nous reproduisons le fait suivant, parce qu'il nous semble ouvrir à la pratique une voie bonne et utile à suivre toutes les fois qu'il y a lieu de croire que le point de départ de l'hémorrhagie est dans la vessie et non dans le rein. Ce fait est relatif à un malade qui fit appeler M. Corbett, le 11 avril dernier, pour une hématurie. La teinture de perchlorure de fer ayant échoué, M. Corbett passa à l'acide gallique, qu'il donna à la dose de 0,25, de 0,38 et même de 0,50 toutes les deux ou trois heures, pendant deux jours, sans arrêter l'hémorrhagie. Le 15 avril, l'hématurie persistait, on ajouta l'alun à la dose de 12 gram. à une infusion acide de roses de Provins. Pas d'amélioration. On songea alors à la possibilité d'un vaisseau fournissant du sang dans la vessie. Injection d'eau tiède, qui ramena beaucoup de caillots, et, à la suite de cette injection, on injecta, à une basse température, 10 onces d'infusion de matico, dont il rendit immédiatement 4 onces à peine teintes de sang. On prescrivit en outre une mixture avec 45 centigr. d'acétate de plomb et 30 gouttes de teinture d'opium à prendre toutes les trois heures. Le 16, le malade avait rendu encore du sang, en moindre quantité, il est vrai, mais avec des caillots. Nouvelle injection de matico ; mais le malade ne put pas en garder plus de 2 onces, et encore pendant quelques minutes. Il rendait encore des caillots. On continua l'acétate de plomb en forçant les doses, et le lendemain, l'hémorrhagie persistant

encore, on fit une injection de la liqueur syptique de Ruspini, qui se rapproche beaucoup de celle de Pagliari, une once dans trois onces d'eau; le malade la garda pendant trois heures; aussi l'urine était-elle moins teinte de sang, et lorsque le malade eut rendu les caillots contenus dans la vessie, l'urine fut rendue encore colorée par le sang, mais sans caillots. On revint à l'injection d'une once environ de liqueur de Ruspini dans 5 onces d'infusion de matico, et l'acétate de plomb dont le malade avait pris 2 gr. 50 fut remplacé par l'acide gallique. L'arrêt de l'hémorrhagie ne fut cependant pas définitif: dans la nuit, le malade rendit encore du sang, et dans la matinée du 18, un violent frisson avec refroidissement général marqua le début d'une nouvelle hémorrhagie vésicale. On lui donna à l'intérieur des toniques et le perchlorure de fer, qu'il vomit et qu'on remplaça par l'alun et le sulfate de magnésie, 4 gram. de chaque dans 50 gr. d'infusion de roses. Ce fut la dernière hémorrhagie, et à part des accidents d'inflammation vésicale qui se développèrent les jours suivants, le malade fut débarrassé de sa maladie; mais il fut longtemps à se rétablir de l'énorme perte de sang qu'il avait subie. (*Dublin Journ. of med.*, août.)

Ictère *avec maladie du foie* (*Effets remarquables du sel ammoniac dans un cas d'*). Peut-être n'apprécie-t-on pas à sa juste valeur le sel ammoniac parmi nous. Le fait est qu'en Allemagne, il est assez généralement prescrit dans une foule de circonstances où nous n'avons pas coutume de l'employer, dans les fièvres inflammatoires bilieuses, gastriques, catarrhales, dans l'inflammation des membranes muqueuses ou séreuses, catarrhe, dysenterie, urétrite, péritonite, pleurésie, lorsque les premiers accidents aigus sont calmés, sans que les sécrétions et les exhalations soient encore rétablies, dans les maladies chroniques de diverse nature du foie, de la rate, des poumons, dans les engorgements des ganglions mésentériques, dans le cas d'induration de la prostate, de l'utérus et des ovaires, etc., comme altérant, comme stimulant de l'absorption, comme promoteur d'une sécrétion plus naturelle. Nous trouvons dans un journal anglais un fait bien propre à encourager les médecins à recourir à ce sel plus souvent qu'ils ne le font dans les cas de maladie du foie avec ictère.

Une femme de trente ans entra à l'hôpital avec un ictère des plus prononcés, qui s'était montré quelques jours auparavant et qu'elle attribuait à l'exposition au froid. Elle accusait une douleur subaiguë dans l'hypocondre droit, douleur revenant à des intervalles irréguliers. Perte d'appétit; langue chargée; constipation habituelle; les évacuations alvines, de même que la sécrétion rénale offraient l'aspect caractéristique de l'ictère. La réapparition fréquente de la douleur dans l'hypocondre droit fit regarder comme probable que ce symptôme tenait à la présence de calculs biliaires; mais cette opinion ne fut pas confirmée par l'examen minutieux et répété des garde-robes; on ne put y découvrir de trace de calcul. Divers traitements, y compris le mercure poussé jusqu'à salivation, avaient été administrés sans succès, et trois mois après le commencement du traitement, la malade était dans le même état qu'au moment de son entrée. Le mois suivant même, l'ictère augmenta et les autres symptômes éprouvèrent une aggravation correspondante. La pression sur la région du foie occasionnait beaucoup de douleur, et la palpation fit reconnaître à la face antérieure de l'organe une inégalité qu'on n'avait pas observée jusque-là. Cet assemblage de symptômes semblait indiquer que le dérangement fonctionnel, après avoir traversé ses diverses phases, était arrivé à la limite où commence le changement organique. Enfin, désespérant de rien obtenir par les moyens déjà employés, M. Finn eut l'idée de recourir, dans le cinquième mois, à l'emploi du sel ammoniac à l'intérieur, et il fut continué ainsi pendant près d'un mois. Une semaine ne s'était pas écoulée depuis le commencement de ce traitement, qu'une amélioration se manifestait; cette amélioration se confirma de jour en jour, et en trois semaines, l'ictère ainsi que le trouble concomitant des sécrétions rénale et hépatique avaient presque entièrement disparu. Un mois après, le rétablissement était complet. Ajoutons, pour combler une lacune laissée ici par l'auteur de l'observation, que le sel ammoniac peut être donné à la dose de 4 à 12 gram. dans une solution simple ou dans un julep approprié, mais par cuillerées, de manière à éviter l'effet nauséeux ou purgatif. (*Dublin Journ. of med.*, août.)

Rhumatisme *noueux (Bons effets de la teinture d'iode à l'intérieur dans le).* Le rhumatisme dans lequel M. Lasègue vient recommander l'administration à l'intérieur de la teinture d'iode n'est ni le rhumatisme articulaire aigu, ni le rhumatisme chronique ordinaire, mais cette forme particulière de rhumatisme qui, affectant plus particulièrement les doigts, leur fait subir des déformations telles que les malades se trouvent infirmes avant peu; forme particulière de rhumatisme qui a reçu aussi le nom de rhumatisme goutteux, et dont le traitement laisse encore beaucoup à désirer. Il résulterait cependant de quelques faits rapportés par M. Lasègue que cette forme du rhumatisme trouverait dans l'emploi de la teinture d'iode un moyen de curation très-efficace. Ainsi, dans un premier cas, chez un malade âgé de trente-trois ans, et vannier de son état, atteint depuis trois ans de la maladie portée à un haut degré et toujours croissante depuis l'époque de l'invasion, toutes les articulations des pieds et des mains étaient plus ou moins déformées, les poignets, les coudes, les épaules étaient atteints dans une moindre proportion; les genoux étaient gonflés et douloureux, les articulations des vertèbres cervicales n'avaient même pas été épargnées. Insuccès des bains sulfureux, des bains de vapeur, de tous les remèdes internes et surtout de l'iodure de potassium administré à plusieurs reprises. Le malade, dans la force de l'âge, s'était vu contraint d'abandonner son travail, et depuis plus d'un an, il était dans l'impossibilité absolue de quitter son lit. L'affection était sujette à des rémissions momentanées, et les altérations articulaires étaient du reste à leur période franchement aiguë. Le malade fut mis pour tout traitement à l'administration de la teinture d'iode; plus tard on ajouta à titre de calmant et de résolutif auxiliaire les cataplasmes secs de sable chaud. Au bout de quelques semaines, l'affection fut enrayée dans ses progrès; après un mois, quelques jointures étaient redevenues libres. L'amélioration fut lente mais constante, et à la suite de quatre mois de traitement par l'iode, le malade était en état de remplir les fonctions d'infirmier dans l'hôpital.

Dans les deux autres cas, moins graves, il est question d'une femme d'une cinquantaine d'années et d'une jeune fille de dix-neuf ans. Chez la première, la maladie datait de deux ans environ; les articulations des doigts et des orteils étaient presque toutes plus ou moins affectées, celles de l'index et du gros orteil étaient complètement déformées, le pied et la main déviés. La malade ne pouvait fermer la main, et un certain nombre seulement des articulations des phalanges entre elles avaient gardé une certaine mobilité; elle se plaignait de douleurs dans quelques autres jointures, sans qu'on pût apercevoir un sensible gonflement; la douleur était suffisante pour qu'elle n'osât pas faire plus de quelques pas. Au bout de cinq semaines de traitement par l'iode, elle pouvait se livrer à des ouvrages manuels qui exigeaient peu de délicatesse; elle cousait grossièrement; les douleurs s'étaient considérablement amoindries sans avoir complètement disparu; le gonflement avait diminué au point de lui permettre des mouvements assez étendus, et elle quittait l'hôpital avant la fin du deuxième mois, avec la faculté de gagner à pied sa demeure. Chez la seconde malade, fille mal réglée et d'un aspect chlorotique, l'immersion prolongée des mains dans l'eau froide avait déterminé un rhumatisme qui perdit toute acuité après un jour de fièvre. Cependant le gonflement et la déformation spéciale des doigts persistèrent, les crises revinrent par intervalles, tantôt plus vives, tantôt plus légères; les pieds devinrent douloureux, mais à un degré assez peu prononcé pour que la marche fût seulement un peu plus pénible. Les accidents restaient plus marqués aux mains, et, de temps en temps, elle était forcée de suspendre ou au moins de réduire pour quelques jours ses occupations. Cet état de choses durait depuis un an sans avoir été modifié par les bains et les topiques calmants, lorsque la teinture d'iode dissipa les douleurs et la déformation des mains. Mais la malade délaissa le traitement, et une crise subaiguë étant survenue au bout de trois ou quatre mois de répit, elle reprit plus assidûment le remède; aujourd'hui il reste à de rares intervalles quelques douleurs qui paraissent insignifiantes.

La dose de teinture d'iode donnée par M. Lasègue a été élevée progressivement de huit à dix gouttes, deux fois par jour, à 5 et 6 grammes, pendant le repas, en prenant pour excipient un peu d'eau sucrée ou de préférence de vin d'Espagne, qui masque mieux le goût, et cela sans ivresse iodique, sans amaigrissement appréciable; les malades n'avaient même

jamais accusé le dégoût qu'entraîne si souvent un remède d'une saveur prononcée longtemps continué. (*Arch. de méd.*, septembre.)

VARIÉTÉS.

Spirométrie. — Application du compteur a gaz a la mesure de la respiration.

La spirométrie, qui avait déjà trouvé dans l'ingénieux instrument de M. Guillet un de ses meilleurs moyens de propagation, va recevoir un nouvel élan de l'application que M. Bonnet vient de faire du compteur à gaz à la mesure de la respiration. Ce *pneumatomètre* n'a, comme les montres, qu'un seul cadran, sur lequel marchent des aiguilles; la plus petite indique les litres et les plus grandes les centilitres ; son volume n'excède pas 25 centilitres dans les plus grandes dimensions, et son poids, lorsqu'il ne contient pas d'air, est à peine de 1 kilogramme. Nos lecteurs nous sauront donc gré de leur donner quelques détails sur la spirométrie et sur les progrès qu'elle a faits dans ces derniers temps.

On sait que c'est à M. Hutchinson qu'appartient l'idée ingénieuse de mesurer la quantité d'air inspiré et expiré, sans tenir compte du résidu qui n'est pas expulsé, même dans le mouvement d'expiration volontaire le plus intense, et que M. Hutchinson a fait servir à cette mensuration l'*hémadynamomètre* de Hales, auquel il a donné le nom de *spiromètre*, en raison du but auquel il le destinait. Mais ce qui fait surtout le mérite de Hutchinson, c'est d'avoir établi qu'il y a dans le volume d'air qui entre dans l'inspiration volontaire la plus profonde, comme dans celui qui sort de la poitrine dans l'expiration volontaire la plus complète possible, une espèce de type qui varie, augmente ou diminue suivant des influences calculables; c'est ce qu'il a appelé la *capacité vitale* du thorax. La capacité vitale ne présente pas, en effet, comme on pourrait le croire, des variations à l'infini suivant les individus. Des expériences répétées des milliers de fois établissent, au contraire, surabondamment que la capacité vitale est constante, qu'elle n'est profondément influencée ni par l'exercice, ni par l'habitude, ni par tout autre cause d'une insaisissable variété. Il y a plus, c'est que de toutes les autres conditions que l'on croirait devoir *à priori* faire beaucoup varier la capacité vivale, l'âge, le poids, etc., la taille seule de l'individu paraît devoir être prise en considération; de sorte que M. Hutchinson est arrivé à construire des tables de *capacité vitale* pour chaque taille, et nous devons ajouter que ces tables ont été reconnues par tous, et par M. Bonnet en particulier, d'une exécution satisfaisante.

La capacité vitale du thorax à l'état physiologique étant ainsi établie, le spiromètre pouvait servir à déterminer dans les maladies la diminution ou l'augmentation de cette capacité, et, par suite, l'existence, les progrès ou l'amélioration d'une affection pulmonaire agissant sur cette capacité vitale.

Nous ne voulons pas pousser plus loin cet examen de la doctrine ingénieuse de Hutchinson; nous nous bornerons à publier les conclusions de Schneevogt, l'un des sectateurs les plus zélés et les plus convaincus de M. Hutchinson ; ces propositions étant assez réservées pour qu'on puisse les accepter sans trop de restrictions :

1° Le rapport de la capacité vitale avec la taille est le plus important au point de vue pratique; 2° pour les hommes, ce rapport est à peu près le suivant : un homme de la taille de 1,50 doit avoir une capacité vitale d'environ

2,35, qui augmente de 52 cent. cubes par chaque centimètre en plus de la taille indiquée. Pour une femme à stature égale, le chiffre n'est que de 2 centim. cubes et l'accroissement de 0,30 par centimètre; 3º un écart en moins de 50 centim. cubes ne permet pas de conclure à l'existence d'une maladie pulmonaire; 4º la spirométrie ne se substitue pas, mais s'ajoute aux autres méthodes d'investigation; 5º elle est d'un secours utile pour diagnostiquer les affections organiques à leur début et devrait être employée par les conseils de révision, les assurances sur la vie, etc.; 6º elle découvre la tuberculisation à une époque où aucun autre procédé de diagnostic ne la révèle (c'est le point sur lequel il convient le plus de faire des réserves); 7º elle assure le diagnostic de la phthisie confirmée, elle sert à en mesurer l'étendue, la marche, le progrès ou l'amélioration; 8º la spirométrie est sans usage dans la pneumonie et la pleurésie : elle peut rendre des services dans les cas de pleurésie, de pneumonie chronique, d'emphysème, d'œdème pulmonaire, d'hydrothorax, etc.; 9º dans les laryngites et les bronchites, lorsque la diminution de la capacité vitale est considérable, elle témoigne de la coïncidence d'une lésion pulmonaire; 10º les affections du cœur, exemptes de complications, ne modifient pas la capacité vitale; 11º les déviations intenses du rachis la diminuent; 12º les tumeurs abdominales diminuent le volume de l'air expiré; la grossesse paraît faire exception à cette loi; 13º l'influence de la faiblesse générale est insignifiante; 14º la spirométrie rend un signalé service quand elle dissipe la crainte d'une tuberculisation commençante.

M. le docteur Dufour, professeur honoraire de l'Ecole de médecine de Toulouse, le doyen des médecins de cette ville, vient de mourir dans un âge fort avancé.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Schedel, dont le nom est si justement connu par ses travaux en collaboration avec M. Cazenave sur les *maladies de la peau*, son *Traité d'hydrothérapie*. M. Schedel a péri misérablement dans une excursion qu'il faisait à pied et la nuit sur le mont Pilate.

Le tribunal correctionnel d'Avranches vient de rendre un jugement qui aura pour résultat de décourager les *rebouteurs* et ceux des médecins indignes de ce nom qui ne craignent pas de les couvrir de leur diplôme. Une femme Jacob, notoirement connue pour pratiquer le reboutage sous le manteau d'un docteur en médecine, le sieur L., a été condamnée à 20 francs d'amende et six jours d'emprisonnement. Le docteur L. en a été quitte pour une sévère semonce du président, et un accablant réquisitoire de l'avocat impérial.

M. Piquot de Lamare, ancien maire et chirurgien en chef de l'hôpital de Honfleur, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Eléments des indications thérapeutiques [1],
Par M. le professeur FORGET.

L'humorisme est la seconde branche de l'organicisme. Mais combien d'obscurités règnent encore au fond de cet immense problème! combien de lésions humorales que nous sommes réduits à supporter! combien d'autres positivement reconnues, dont on peut contester et nier l'origine primitive, idiopathique, la nature essentielle, comme on dit! combien d'incertitudes quant à leur mode de production, à leurs effets réels sur l'organisme, et, partant, aux moyens de les combattre! quel vaste champ ouvert également au rationalisme et à l'empirisme! que de déceptions thérapeutiques découlant de théories préconçues et de conclusions pratiques prématurées, sans parler des exploitations du charlatanisme! Hier l'humorisme était proscrit; il est aujourd'hui sur le pavois : que sera-t-il demain [2]? Sans trop nous préoccuper de ces idées suggérées par un scepticisme trop légitime, posons en fait qu'il existe des lésions humorales de quantité, d'apparences physiques, de composition chimique; des rétentions, des épanchements, des flux, etc.; que comme causes ou seulement comme effets ces lésions méritent d'être prises en grande considération; que très-souvent elles comportent des indications par elles-mêmes. Déduisons ces indications des données actuelles de la science, nous confiant à l'avenir pour la rectification de nos erreurs; mais n'acceptons les données du rationalisme et de l'empirisme lui-même que sous bénéfice d'inventaire. Assez de révolutions, hélas! sont survenues dans l'histoire des lésions humorales : altérations du sang, de la lymphe, de la bile, des urines, etc. [3], pour justifier cette réserve qui n'exclut pas le courage d'agir, alors que la science telle quelle et surtout l'humanité nous en font un devoir . Que la chimie, qui n'est que l'organisme fécondé par les réactifs, que la chimie revendique sa part dans les indications thérapeutiques, ses droits sont, à coup sûr, des plus légitimes; et dans notre opinion même, c'est sur la chimie que repose en grande partie l'avenir de la science. Pour s'en convaincre, il suffit d'ouvrir le beau livre récemment publié par M. Mialhe [4], glorieusement escorté

[1] Suite. — Voir la livraison du 15 septembre, p. 193.

[2] Ce lendemain est arrivé : le vitalisme est en train de détrôner l'humorisme.

[3] Témoins la glycosurie et l'albuminurie, dont la théorie est complétement renouvelée.

[4] Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique (Paris, 1856).

des travaux de Dumas, Liebig, Bouchardat, Andral et Gavarret, Cl. Bernard, etc. C'est sur la chimie que le rationalisme fonde ses plus chères espérances, car elle réalise le beau idéal de la pratique. Elle répand ses clartés même au travers des nuages de l'empirisme, et c'est elle qui nous donne ou qui du moins est appelée à nous donner la solution des problèmes obscurs qui gisent au fond des procédés curatifs de l'art et de la nature. Mais il lui faut, pour établir solidement son empire, assez de réserve pour ne pas devancer l'avenir et pour ne pas confondre la démonstration avec l'hypothèse; il faut qu'elle consente à reconnaître qu'en dehors et au-dessus des affinités, il est des actes organiques et vitaux qui longtemps encore échapperont à la science du laboratoire, tels sont la contractilité, la sensibilité, les sympathies, les influences morales, en un mot, tout ce qui relève plus ou moins directement du grand et mystérieux phénomène de l'innervation. Nous n'aurions que l'embarras du choix parmi les nombreuses et importantes indications qui relèvent aujourd'hui de la chimie organique; nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer à l'ouvrage cité plus haut.

Quelque bien justifié que soit l'intérêt qui s'attache aujourd'hui aux recherches microscopiques, il faut convenir qu'au point de vue thérapeutique elles n'ont rendu, jusqu'à présent, que de rares services. Certes! l'avenir appartient aussi au microscope; mais il lui faut d'abord se dégager de ses langes, asseoir ses bases, convenir de ses principes et produire l'accord entre ses adeptes; il lui faut renoncer à régenter despotiquement la science à laquelle il a fourni jusqu'ici plus de données litigieuses que de clartés fécondes. Il faut qu'il se résigne à n'être qu'une dépendance, un rameau de l'organicisme, plus propre à éclairer la physiologie et l'anatomie saine et morbide qu'à fournir d'importantes et nombreuses inspirations à la clinique. Néanmoins il serait injuste et rétrograde de lui refuser sa place parmi les sources des indications thérapeutiques, surtout en prévision de ses progrès futurs.

Il est un attribut de l'organisme, le plus quintescencié de tous, dont on parle assez peu, mais qui pourtant occupe une assez belle place en thérapeutique; c'est ce qu'on peut appeler le pneumatisme ou la science des impondérables. Je veux parler du calorique, de l'électricité, auxquels on peut systématiquement adjoindre le prétendu fluide nerveux, le soi-disant principe vital, bref tous les éléments dynamiques réels ou supposés de l'économie. Pour nous en tenir au positif, on sait quel rôle important joue l'élément chaleur dans les maladies et de combien d'indications variées il est la source en mé-

decine comme en chirurgie. Abattre la chaleur, c'est, dans beaucoup de cas, éteindre la fièvre et même l'inflammation; le mot *antiphlogistique* est comme la formule et la sanction de cette vérité. Rappeler la chaleur, c'est fréquemment ranimer la vie, témoin le choléra, l'asphyxie, la syncope et surtout la congélation. Quant à l'électricité, son rôle est plus contestable; mais cet élément prend chaque jour plus d'importance en théorie et surtout en pratique. Quoi qu'il en soit, ces puissants facteurs hygiéniques, physiologiques et pathologiques, le calorique et l'électricité, indépendamment des indications dont ils peuvent être la source, occupent aujourd'hui un rang très-important comme agents thérapeutiques. Il suffit de rappeler les cas nombreux où l'application du froid est invoquée en médecine comme en chirurgie. Un système médical tout entier, l'hydrothérapie, repose sur cette base; et par contre, la chaleur sagement appliquée rend des services non moins éminents. Quant à l'électricité, personne n'ignore les résultats nombreux et surprenants proclamés, notamment par M. Duchenne, et obtenus au moyen de l'électrisation par induction; sans parler des chaînes, des brosses, des topiques, du magnétisme minéral et autres dépendances de l'électricité plus ou moins suspects de charlatanisme. Toutes ces applications tendent à démontrer la réalité des indications tirées des impondérables de l'économie, si du moins nous en croyons l'aphorisme parfois menteur: *naturam morborum attendunt curationes.*

Mais il est temps d'aborder les symptômes fonctionnels ou symptômes proprement dits, ce domaine spécial du vitalisme et de ses dépendances. Nous demanderons, avant tout: que sont les fonctions, sinon des attributs? que sont la force, la faiblessse, l'ataxie, sinon des manifestations des organes en action? Or, comme l'a dit un philosophe moderne: « Considérer les déterminations de l'être indépendamment de l'être qui les possède, ce n'est plus observer, c'est abstraire; c'est faire une abstraction aussi extravagante que celle de l'être considéré indépendamment de ses qualités! » Remarquez cette dernière proposition. Serait-ce donc que la médecine attendrait sa pacification de la philosophie? Le fait est que M. Cousin s'exprime ici comme s'il eût eu spécialement en vue de réconcilier l'organicisme et le vitalisme. Eh bien! oui: il est faux que la matière existe, qu'elle puisse être imaginée dépourvue de propriétés. Les propriétés sont inhérentes à la matière, et réciproquement. Mais ces propriétés varient selon la structure, la composition, la nature même de la matière. Voyez! s'écrient triomphalement les vitalistes: voici une gouttelette de liquide amorphe, et de cette mo-

écule va surgir l'homme tout entier avec sa magnifique organisation!...

Pardon, messieurs; mais cette gouttelette de liquide est de la liqueur séminale; et dans ce liquide amorphe, voyez au microscope, voyez nager ces myriades d'animalcules parfaitement organisés; et dites-moi si c'est là un liquide comme un autre? Substituez à cette molécule une goutte d'eau, de lait, de mucus, et voyez s'il en résultera un homme. Déposez cette molécule ailleurs que dans l'appareil utérin, et dites-moi si l'homme en surgira? Voyez ce cadavre, disent encore les vitalistes; il ne diffère en rien de l'homme vivant, si ce n'est par l'absence du souffle qui l'animait; donc la vie, c'est l'homme!... Pardon encore, messieurs: ce cadavre ressemble à l'homme vivant, moins pourtant la chaleur, l'innervation, la respiration, la circulation et autres particularités, pour vous, sans doute, fort insignifiantes. Puis cherchez bien; vous trouverez ici ou là quelque organe dérangé dans cette machine naguère animée. Le cadavre ressemble au vivant comme une pendule dont un rouage est usé ou brisé ressemble à une pendule qui marche. C'est la même pendule, moins l'intégrité du rouage, rouage matériel, si je ne me trompe.

Donc les propriétés et la matière sont adéquates, comme disent les mathématiciens; ce qui ne veut pas dire que les symptômes et les lésions soient toujours égaux en gravité visible et tangible. Et voilà pourquoi nous nous disons vitaliste en même temps qu'organicien, car nous avons égard aux propriétés comme à la matière. Expliquons-nous mieux. Nous plaçant au point de vue pratique, lequel nous occupe essentiellement, lorsque nous voyons les propriétés altérées, nous supposons logiquement que les organes sont égament altérés. Nous allons donc à la recherche de ces altérations d'organes pour, en y remédiant, remédier implicitement aux altérations de fonctions. Jusque-là nous sommes organicien de fait comme de droit. Mais comme souvent il arrive ou que les propriétés soient altérées, sans que nous puissions découvrir les dérangements matériels qui occasionnent ces altérations, ou que ces dérangements étant connus nous soyons impuissants à les combattre, force nous est bien alors d'agir contre les propriétés altérées, abstraction faite des dérangements d'organes; et voilà comment, contraints par la nécessité, nous devons vitaliste de fait, sinon de droit. Je dis sinon de droit, car, dans mes convictions intimes, les organes sont toujours altérés; mais ici nous ignorons comment. Il y a plus: en agissant intentionnellement sur les propriétés, nous

sommes forcé de reconnaître qu'elles ne sont modifiables que par les organes. Le tonique destiné à relever les forces, le sédatif qui doit modérer l'innervation, ou plutôt la sensibilité et la contractilité, est-ce directement aux forces, à la sensibilité, à la contractilité que nous les appliquons? Mon Dieu! non : c'est aux organes, à l'estomac, à la peau; l'expérience nous ayant appris qu'appliqués ainsi, ces modificateurs arrivent à leur adresse par un mécanisme que nous ignorons. Et voilà encore une fois comment nous sommes vitaliste, tout en restant organicien : vitaliste en fait, mais en droit toujours organicien. Et nous pensons, la main sur la conscience, qu'il n'est pas un vitaliste de sens rassis et de bonne foi qui ne soit contraint de faire le même aveu, sauf à renverser les termes; c'est-à-dire qui ne soit forcé de convenir qu'il est organicien de fait, tout en se croyant le droit de rester vitaliste. Pourquoi donc cet aveu leur coûte-t-il plus qu'à nous-même?

Grâce pour cette digression nécessaire à l'intelligence des principes qui nous dirigent dans l'application de la doctine des éléments à la thérapeutique fonctionnelle.

Donc il est démontré que les symptômes aussi bien que les lésions anatomiques occupent légitimement leur place dans le domaine des indications thérapeutiques. Que cette médecine des symptômes, tour à tour tant dépréciée et tant exaltée, soit le produit d'un système préconçu ou l'expression de la nécessité, il est vrai de dire qu'elle peut rendre et qu'elle rend des services éminents à la pratique. Appliquée avec discernement et prudence, elle rivalise parfois d'efficacité avec le rationalisme organicien, non-seulement à titre de médecine palliative, mais encore à titre de procédé radicalement curatif. Il existe parfois des relations, des influences réciproques tellement étroites entre l'organe et la fonction, comme entre les diverses fonctions elles-mêmes, qu'il arrive souvent que la suppression de l'effet détruit la cause, que l'annulation du symptôme résout la maladie. Ainsi la chaleur et la douleur sont des symptômes de l'inflammation; mais la chaleur et la douleur entretiennent l'inflammation. Il y a là comme un cercle vicieux qu'il s'agit de rompre. Attaquez directement l'inflammation, rien de mieux; mais, en cas d'insuccès, adressez-vous aux symptômes chaleur ou douleur, et l'inflammation se modifiera. On peut, ainsi que nous l'avons dit ailleurs, se figurer la maladie comme un composé chimique, lequel se dissout ou du moins change de nature si l'on enlève un de ses composants. Donc la pratique de tous les jours et le rationalisme lui-même sanctionnent et justifient la médecine des symptômes, et

le sens médical nous en ferait une loi, lors même que la nécessité ne nous l'imposerait pas. Quant aux exemples à fournir de cette efficacité de la thérapeutique fonctionnelle, il nous serait loisible de prendre la première venue des maladies, car il en est très-peu qui n'en réclament l'application. Mais c'est surtout dans le traitement des maladies chroniques que la médecine des symptômes rend des services journaliers et précieux, alors que, désespérant de déraciner le mal, force nous est de nous résigner à le pallier. Or, notez bien que cette manière d'agir est de rigueur pour tout le monde. Il n'est pas de praticien, organiciste ou vitaliste, qui, dans les mêmes circonstances, n'agisse à peu près de la même manière que ses rivaux. Aussi ces bruyants conflits de doctrine viennent-ils s'éteindre au chevet du malade, tant il est vrai de dire encore une fois qu'en général nous valons mieux que nos principes.

L'étiologie et la symptomatologie (organique et fonctionnelle) sont les grandes sources, les sources classiques où les auteurs, sinon les praticiens, sont dans l'usage de puiser à peu près uniquement les indications thérapeutiques. Mais bien d'autres sources encore surgissent des autres éléments de l'individualité morbide : sources moins importantes, direz-vous. Nous l'accordons pour le moment; mais qui ne sait, et sans cesse vous le proclamez vous-même, que rien n'est à négliger dans l'art de guérir, que les indications les plus insignifiantes en apparence peuvent, dans un cas donné, revêtir une importance majeure, décisive; et que la moindre incurie à cet égard peut faire écrouler l'édifice thérapeutique le plus habilement construit. C'est ce qui ressortira de ce qui va suivre.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Résumé des premiers essais faits à l'hôpital Saint-Louis de l'*hydrocotyle asiatica*, dans le traitement de la lèpre et dans celui de l'eczéma chronique.

Par M. Alph. Devergie.

En avril 1854, je reçus dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, un malheureux jeune homme de vingt-neuf ans qui avait déjà été traité par mes collègues Casenave et Gibert, mais sans succès, pour une lèpre tuberculeuse de l'Inde. Ce jeune homme, qui avait une certaine instruction, m'informa un jour que l'on avait publié, dans un numéro du Journal des Colonies, les bons résultats obtenus par M. le docteur Boileau, de l'île Maurice, sur lui-même et sur un certain nombre de lépreux, de l'usage de l'*hydrocotyle asiatica*. Je fis immédiatement, au ministre de la marine, la demande

d'une certaine quantité de cette substance sous diverses formes, et je reçus, très-peu de temps après, de l'hydrocotyle à l'état de feuilles, d'extrait aqueux et d'extrait alcoolique ; le tout préparé à la pharmacie du gouvernement à Pondichéry.

Quelque empressement que Son Excellence ait mis à acquiescer à ma demande, ces préparations arrivèrent trop tard pour les utiliser en faveur du jeune marin qui m'en avait indiqué l'efficacité présumée. Singulièrement amélioré d'abord par la cicatrisation des nombreux ulcères qui recouvraient toute la surface du corps, il succomba à un épuisement et à un amaigrissement général, dernier degré de cette terrible affection.

Mais le hasard mit bientôt à ma disposition trois malades atteints de la lèpre : un à l'hôpital, Grec d'origine ; deux en ville. Celui de l'hôpital était atteint d'une lèpre tuberculeuse éléphantiasique, développée à la figure et plus tard aux mains, aux pieds et sur le corps. Même forme, mais plus ancienne et plus avancée sur un des deux lépreux de la ville, et chez lui ulcérations assez nombreuses sur les mains, les pieds, les membres et le corps. Quant au troisième malade, c'était un jeune enfant de onze à douze ans, qui m'a été amené de l'île Bourbon par ses parents pour recevoir mes soins. La lèpre chez lui consiste principalement dans l'existence de taches ou décolorations de la peau, avec perte de sensibilité (lèpre anesthésique), dont quelques-unes étaient entourées d'une auréole brunâtre. Quelques petits tubercules s'observaient çà et là sur le corps et à la figure.

Or, il résulte des faits consignés dans le Journal des Colonies, par M. Boileau, et dans un Mémoire publié en 1853, par M. Lépine, pharmacien de première classe de la marine, sur l'hydrocotyle asiatica, que cette plante a été employée pour la première fois par M. le docteur Boileau, de l'île Maurice, sur lui-même, qui était atteint de la lèpre, et essayé plus tard aussi par lui sur une soixantaine de lépreux. Depuis, plusieurs médecins à Pondichéry, à Port-Louis, à Madras, ont expérimenté les effets de cette plante. Les résultats obtenus n'ont pas toujours été les mêmes quant au degré d'efficacité de l'hydrocotyle asiatica ; et je remarque que plusieurs d'entre eux l'ont administré en même temps que d'autres agents aussi très-actifs.

Je ne veux pas émettre dans cette note une opinion définitive sur l'hydrocotyle comme médicament. Il faut laisser au temps à se prononcer sur ce nouvel agent thérapeutique; mais comme je l'emploie depuis plus d'une année, comme il a développé sous mes yeux sur

plusieurs malades des effets toxiques qui m'ont obligé à en suspendre l'usage, j'ai voulu faire connaître les résultats de mes premiers essais, qui sont aussi les premiers qui aient été faits en France.

Employant pour la première fois un agent que je ne connaissais pas, et ayant à ma disposition environ 500 grammes seulement de la plante, je ne crus pas devoir me servir de l'hydrocotyle en sirop, comme le recommande surtout M. Boileau, non plus qu'en poudre. J'avais d'ailleurs à ma disposition une grande quantité d'extrait aqueux et d'extrait alcoolique qui devaient me représenter les éléments d'un sirop, et que je pouvais donner en pilules.

Je m'arrêtai donc à l'usage d'une tisane et d'un extrait. Cette plante étant très-aromatique, je fis faire pour essai de la tisane par infusion et de la tisane par décoction. Je m'aperçus de suite que dans la décoction, on perdait tout le principe aromatique de la plante; je n'employai pas cette préparation, et je m'arrêtai à l'usage de l'infusion. Quant à la dose, le goût et la force de la tisane, aidée de son influence sur l'estomac de mon premier malade, me guidèrent seuls; car dans son Mémoire M. Boileau n'a fait connaître aucune dose. J'appris plus tard, par le Mémoire de M. Lépine, que la poudre était préférée, et qu'on la donnait au plus à 50 centigrammes; dose que beaucoup de malades ne pouvaient même supporter.

Pour moi, j'ai commencé par une infusion de la plante non pulvérisée, à la dose de 15 grammes pour un litre d'eau, que j'ai dû réduire par l'usage à 8 grammes. A cette dose mes malades l'ont généralement bien tolérée, à raison d'un litre par jour, excepté le lépreux adulte de la ville. Il est vrai qu'il était dans un tel état de débilité que tous les médicaments, quels qu'ils fussent, devaient être considérablement fractionnés pour son estomac.

Plus tard j'ai été conduit, en raison de la propriété essentiellement aromatique de la plante, à remplacer l'extrait aqueux par l'extrait alcoolique, que je crois beaucoup plus actif. L'analyse chimique, dont je donnerai tout à l'heure quelques indications, conduit naturellement à cet emploi.

Le malade lépreux que j'avais à l'hôpital était un homme bien constitué, dans la force de l'âge, d'une santé très-peu altérée par la maladie. Je le mis le premier à l'usage journalier de la tisane et de pilules d'extrait aqueux de 5 centigrammes, en commençant par une et augmentant d'une pilule tous les cinq jours, c'était le 1er août 1855. Arrivé à sept pilules par jour, il fut pris de phénomènes très-remarquables, et tout à fait semblables à ceux que produisent les poisons narcotico-âcres : étourdissements, éblouissements, regard

incertain, plus ou moins fixe, vacillation des membres, physionomie plus ou moins analogue à celle de l'ivresse, malaise général, anorexie, affaiblissement, démarche incertaine, céphalalgie, tendance au sommeil.

Cet état ne fut pas passager chez notre malade, malgré la suspension des médicaments ; il dura cinq à six jours, en perdant peu à peu de son intensité, mais en laissant une prostration des forces qui persista, et un dégoût pour les aliments qui fut assez prononcé pendant une quinzaine de jours.

Le malade sortit de là assez amaigri, mais il reprit bientôt son traitement.

Quant à l'action du l'hydrocotyle sur *l'état lépreux*, il fut peu marqué. Le malade y gagna cependant une diminution notable de l'empâtement des mains et de la figure, de sorte que les tubercules en devinrent plus saillants, car ils n'avaient pas perdu de leur volume. Les arcades sourcilières et le nez se trouvaient moins volumineux. Mais il s'était développé quatre ou cinq tubercules, et la sensibilité des mains était plus obtuse, au dire du malade. C'est alors qu'étant arrivé au 3 novembre, le traitement fut cessé. Le malade avait supporté 20 centigrammes d'extrait alcoolique par jour dans cette seconde période du traitement.

Ce phénomène d'intoxication dut me rendre plus circonspect à l'égard des lépreux de la ville auxquels je donnais des soins. L'un d'eux, homme de quarante ans, vint me trouver après avoir reçu sans succès les soins de M. Casenave pendant dix-huit mois. Il était hideux à voir, affaibli, à parole lente, à voix cassée. Sa maladie était beaucoup plus ancienne. (Je donnerai plus tard l'observation détaillée de ces divers malades.) Je le mis à l'usage de l'hydrocotyle en tisane et en pilules d'extrait alcoolique de 25 milligrammes chacune, en débutant par une pilule et augmentant d'une tous les quatre jours. Dans les premiers temps de l'emploi du médicament, le malade annonçait se trouver mieux, mais il avouait qu'il en avait été ainsi toutes les fois qu'il changeait de remède, et il en avait pris de toute sorte. Cependant cette amélioration dans l'état général ne fut pas de longue durée, et je dois néanmoins dire qu'une grande partie des ulcérations qu'il portait avaient paru se cicatriser ; arrivé à 5 pilules par jour, c'est-à-dire à 125 milligrammes d'extrait alcoolique d'hydrocotyle, il fut pris de tous les accidents observés sur le premier malade, et comme ce dernier était beaucoup plus gravement atteint de la lèpre, et dans une période plus avancée ; que d'ailleurs il était déjà très-affaibli, ces effets de l'hydrocotyle asiatica le je-

tèrent pendant six semaines dans un état de prostration extrême. C'était d'ailleurs la similitude la plus complète entre les deux malades quant aux effets toxiques, et il ne saurait exister aucun doute à cet égard.

Chez le jeune enfant D..., je ne dépassai pas la dose de 4 pilules d'extrait alcoolique à 25 milligrammes chacune. Mais après six semaines de son usage et de celui de la tisane, dont il prenait jusqu'à trois verres par jour, ne voyant aucune amélioration survenir, remarquant, d'ailleurs, que l'enfant perdait l'appétit et les forces, je dus abandonner son emploi. Les effets à la fois nuls, et plutôt fâcheux comme influence générale, furent appréciés par les parents eux-mêmes, qui m'engagèrent à supprimer l'usage d'un moyen dont ils avaient cependant entendu vanter l'efficacité à l'île Bourbon.

Il résulte de ces faits, dont nous possédons les observations très-détaillées, que nous produirons plus tard, que l'hydrocotyle asiatica ne nous a pas donné de résultats réellement utiles chez les trois malades sur lesquels nous l'avons employé, tant à l'hôpital qu'en ville. Que sous son influence, cependant, la guérison d'une partie des ulcérations chez l'un des malades a paru s'opérer; et que l'état d'engorgement de la figure et des mains chez le malade de l'hôpital a paru diminuer. Je dis a paru, car ces résultats ont été très-temporaires, et nous nous demandons surtout, en ce qui concernait l'*empâtement* des tissus, si cet effet est le résultat de l'action thérapeutique de l'hydrocolyte asiatica, ou si la secousse et l'amaigrissement consécutifs aux effets toxiques du médicament n'ont pas été pour quelque chose dans ce genre de résultat obtenu. Ajoutons que pendant le traitement par cet agent, il est survenu un certain nombre de tubercules.

Mais il ressortait évidemment de ces observations : 1° que l'hydrocotyle asiatica était une substance très-active; 2° qu'elle devait surtout ses propriétés à des principes volatiles et à des principes surtout solubles, dans l'alcool; 3° qu'à une dose assez faible, elle était vénéneuse à la manière des poison narcotico-âcres.

Or, M. Lépine, à la page 25 de son Mémoire, s'exprime ainsi :
« Nous pouvons assurer que l'hydrocotyle asiatica n'exerce aucune
« action délétère sur l'économie. »

D'une autre part, il regarde la vellarine comme le principe actif de l'hydrocotyle asiatica. Tout en considérant l'œuvre de M. Lépine comme très-exacte en fait d'analyse, il fallait nous procurer de la vellarine pour en étudier les effets. Nous avons donc prié M. Lefort, pharmacien à Paris et chimiste habile, de répéter les expé-

riences analytiques de M. Lépine et de les contrôler au burin. Il s'occupe de ce travail depuis deux mois, et voici à quel résultat il a été conduit jusqu'à présent. La minime proportion de vellarine qui existe dans l'hydrocotyle asiatica, 1 pour 100 suivant M. Lépine, 1 pour 300 suivant M. Lefort, a porté M. Lefort à penser qu'une autre substance partage ou possède les propriétés actives de la plante. Ce serait, suivant lui, la résine verte. Il croit que la résine brune de M. Lépine n'est autre que la résine verte ; de là les effets plus marqués sur l'économie des préparations obtenues au moyen de l'alcool. Aussi allons-nous administrer à nos malades la teinture. M. Lefort poursuit ses recherches, il en fera connaître les résultats.

N'ayant pas d'autres lépreux sur lesquels je pusse essayer l'hydrocotyle asiatica, j'ai recherché si cette substance pourrait être de quelque efficacité dans le traitement d'une maladie rebelle, l'eczéma. Cinq malades dont je donne ici l'observation ont été traités par ce médicament en tisane et en pilules d'extrait alcoolique. J'ai dû suspendre tout traitement chez l'un des malades à son début, par suite de causes accidentelles, mais chez les quatre autres l'hydrocotyle a été employé régulièrement et *seul,* sans aucune application notable de pommades à l'extérieur et sans bains médicamenteux. Dans un cas, et lorsque l'affection était tout à fait voisine de la guérison, j'ai terminé la maladie par l'usage de pommade de sulfate de fer ; mais j'ai tenu à soumettre uniquement ces malades à l'influence de l'hydrocotyle, afin que l'on pût mieux apprécier ses effets.

Les eczémas pour lesquels je l'ai mis en usage sont des eczémas localisés, en général très-rebelles. Il a amené la guérison dans les quatre cas et dans un espace de temps assez court ; c'est donc là un résultat remarquable ; le médicament n'a développé aucun accident, soit du côté de l'estomac, soit du côté de la santé générale. La dose chez ces malades n'a pas dépassé 125 milligrammes d'extrait alcoolique par jour, en débutant par 25 milligrammes et augmentant tous les trois ou quatre jours de 25 milligrammes, plus trois à quatre verres d'une tisane préparée par infusion, avec 40 centigrammes de plante desséchée pour 1,000 grammes d'eau.

L'expérimentation d'un médicament nouveau étant toujours longue, quand elle est prudemment et consciencieusement faite, j'ai tenu à publier ces premiers résultats, afin d'appeler l'attention des médecins sur ce nouvel agent thérapeutique, comme aussi pour les engager à essayer son influence dans des maladies autres que celles

de la peau. Je vais d'ailleurs, de mon côté, poursuivre mes tentatives dans d'autres formes de maladies cutanées.

Je suis heureux de saisir cette occasion d'adresser mes remercîments à Son Excellence le ministre de la marine, qui s'est empressé de faire droit à deux demandes d'hydrocotyle que je lui ai adressées.

Obs. I. *Traitements par l'hydrocotyle asiatica.*— La nommée L..., âgée de cinquante et un ans, a déjà été traitée trois fois à Saint-Louis de trois attaques d'eczéma qui avait envahi une grande partie du corps ; c'était chaque fois après un accouchement. Aujourd'hui, 6 mars 1856, elle revient demander les secours de la médecine. La tête est couverte de croûtes jaunâtres et est le siége d'une sécrétion abondante qui se sèche et roidit les linges. Les oreilles, les tempes, une partie des joues, le milieu de la poitrine, les mamelons, le nombril, le pourtour des parties génitales sont le siége de plaques rouges, couvertes de croûtes peu épaisses, et qui exhalent de la sérosité. Quelques plaques peu larges et disséminées se rencontrent sur les bras et les jambes, mais se rapprochent là du psoriasis quant à l'aspect. La rougeur est intense partout, les démangeaisons sont très-vives, excepté aux membres. Prescription : chicorée, 2 pilules iodure de soufre, bain de vapeur, glycérine au tannin en application sur les parties malades, trois portions.

Le 25 mars, la maladie a augmenté d'intensité, la rougeur, la sécrétion, la démangeaison, n'ont pas diminué, et les plaques se sont élargies; on abandonne le traitement et on adopte le suivant : infusion d'hydrocotyle asiatica 8 grammes par litres; 1 pilule d'hydrocotyle et augmenter d'une pilule tous les cinq ou six jours jusqu'à 6 pilules , chaque pilule contient un demi-grain d'extrait alcoolique ; bains simples.

Le 11 mai, la malade est presque entièrement guérie : les membres, le tronc, les oreilles, la face, sont à l'état normal, et la peau est entièrement nettoyée; la démangeaison a disparu ; sur la tête seule existent encore quelques pellicules minces qui reposent sur un fond dont la teinte est naturelle. L... demande sa sortie.

Obs. II. B... est d'un tempérament lymphatique, ses règles sont irrégulières. Entrée le 10 avril 1856. Depuis deux ans, la tête est couverte de pellicules blanches; il y a six mois, les oreilles devinrent malades et un eczéma franc ne tarda pas à envahir le cuir chevelu, les oreilles, les tempes et le front. Prescription : infusion d'hydrocotyle ; 2 pilules d'extrait alcoolique d'hydrocotyle, augmenter jusqu'à 6 par jour; bain de vapeur; saindoux; couper les cheveux ras.

Le 12 mai, amélioration sensible, la rougeur a diminué ainsi que la sécrétion de sérosité. On ajoute au traitement tous les jours 45 grammes de sirop d'iodure de fer.

Le 1er juin, on a suspendu pendant quelques jours le traitement, et il est repris aujourd'hui. La malade avait éprouvé des douleurs dans le dos et l'estomac, elle accusait un sentiment de constriction sur le front qui a complétement disparu, et un mal de gorge caractérisé par un chatouillement désagréable ; il y a de la constipation qui n'existait pas auparavant; les bains simples sont remplacés par des bains alcalins.

Le 15 juin la sécrétion de sérosité a cessé, les squames ne se reforment plus aux tempes ni aux oreilles, la tête seule présente encore quelques croûtes sans

rougeur. Continuation du traitement à l'hydrocotyle, on y ajoute de la pommade au sulfate de fer pour terminer et faire disparaître les dernières traces de la maladie. Enfin, le 25 juin, la malade sort complètement guérie.

Obs. III. B..... soixante-cinq ans, entre le 12 juin 1856 dans la salle Saint-Thomas, hôpital Saint-Louis. Depuis dix-huit mois, elle est tourmentée par un eczéma au bas-ventre et à la vulve. Après avoir été guérie chez M. Gibert, elle voit sa maladie reparaître aux oreilles, au front, au cuir chevelu. Les règles ont cessé depuis dix-sept ans. Chagrins et misère. Le front, les tempes, les pommettes, le cou, les joues, les oreilles, le cuir chevelu, sont le siége d'une rougeur intense, et de démangeaisons accompagnées de chaleur. Il y a des squames minces, sans hypertrophie de la peau, la sécrétion séreuse, après avoir été abondante, n'existe plus qu'aux oreilles. Prescription : infusion d'hydrocotyle; 1 pilule, et augmenter jusqu'à 6 d'extrait alcoolique à un demi-grain par pilule; bains simples; trois portions.

Le 14 août, B..... sort guérie; il n'y a plus ni démangeaisons, ni formation de squames; les oreilles sont redevenues souples et il n'existe plus qu'une rougeur rosée sur quelques points, notamment au front, aux tempes et au cou. Aucun trouble, aucune sensation qu'on pourrait rattacher à l'action du médicament n'a été accusée par la malade. Les pilules d'extrait ont manqué pendant environ huit jours, et cela a été la seule interruption de traitement.

Obs. IV. L...... âgée de vingt-neuf ans, est d'un tempérament lymphatique ; ses paupières portent encore les traces d'une blépharite chronique intense ; ses règles sont normales. Il y a trois ans, le front, les oreilles et le cuir chevelu se couvrirent de squames minces et suintèrent de la sérosité au printemps et à l'automne ; elle se traita par des bains de vapeur, de l'axonge et des tisanes amères. Puis survint un érysipèle à la suite duquel les cheveux tombèrent, elle entra alors à Saint-Louis, salle Saint-Thomas.

Le 19 juin 1856, le cuir chevelu et les oreilles sont rouges, la peau est œdématiée, elle laisse couler une sérosité purulente qui se concrète en croûte assez épaisse. La tête est presque nue. Démangeaisons modérées, le front est rouge ainsi que toute la face. Prescription : infusion d'hydrocotyle ; 1 à 6 pilules d'extrait alcoolique; bains de vapeurs ; quatre portions. Dès le 8 juillet la démangeaison a complétement disparu ; vers cette époque, les pilules étant venues à manquer sont suspendues pendant une dizaine de jours.

Le 14 août, le front et la face ont repris leur coloration normale, les oreilles ne sécrètent plus ou presque plus, le cuir chevelu a encore des squames, mais minces et se détachant facilement, les cheveux repoussent :

Obs. V. L......, trente-six ans, tonnelier, est un homme de bonne constitution, tempérament sanguin ; il a un eczéma revêtu de squames sèches, adhérentes, la peau est encore épaisse; il y a de temps en temps des poussées caractérisées par une exhalaison de sérosité. Les plaques existent sur les membres, qui sont envahis en grande partie depuis quatre mois, le début remonte à cinq ans ; démangeaisons vives, rougeur, chaleur.

A son entrée, le 20 avril 1856, on lui donna tisane de chicorée, saindoux, bains simples.

Le 20 avril, on essaie le traitement par l'hydrocotyle, l'état le plus aigu ayant disparu ; tisane d'hydrocotyle ; 1 pilule à 6 d'extrait alcoolique ; saindoux,

Le 12 mai, les démangeaisons ont presque entièrement disparu, et la maladie semble marcher vers la guérison, mais cette marche est lente, il y a de la diar-

rhée, de l'inappétence. On cesse l'hydrocotyle. L..... reste souffrant jusqu'au 22 mai, époque à laquelle on revient aux amers et aux pommades résolutives, qui terminent la guérison après deux mois de traitement.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur le hamac ou nouvel appareil à suspension pour les fractures et les blessures graves du membre inférieur.

Note lue à l'Académie de médecine, par M. le professeur SCOUTETTEN, médecin en chef de l'hôpital de Metz.

Si la simplicité des appareils est un mérite réel, nous pouvons espérer que celui que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie appellera l'attention des praticiens. Une expérience de quatorze années nous a permis d'en apprécier les avantages, et les résultats heureux que nous en avons obtenus dans la campagne d'Orient nous déterminent, nous dirons presque nous obligent, à ne pas différer plus longtemps de soumettre ce nouveau moyen de traitement des fractures à l'appréciation et au jugement des médecins habiles et consciencieux.

Depuis les temps les plus reculés, on s'ingénie à trouver le moyen de diminuer les douleurs et à faciliter le pansement des membres fracturés et des plaies qui accompagnent souvent ce genre d'accident.

Au commencement de ce siècle, Sauter, chirurgien de la ville de Constance, eut l'heureuse pensée, en 1812, d'appliquer la suspension des membres fracturés pour diminuer les inconvénients de l'immobilité (¹). Il se servait d'une planchette mobile, suspendue au plafond de l'appartement à l'aide de cordes préalablement fixées aux quatre angles de la planche.

Mayor, de Lausanne, a fécondé cette idée première en apportant des modifications et en donnant des développements successifs à l'appareil de Sauter. A la planchette de bois Mayor substitua un cadre de fil de fer terminé à sa partie inférieure par un montant qui, lorsqu'il est relevé, sert à appuyer et à fixer le pied. L'extrémité supérieure a un appendice qui s'abaisse, forme plan incliné et sert de point d'appui à la cuisse (²).

La suspension est opérée au moyen de cordes fixées à chacun des

(¹) Sauter (J.-N.), Anweisung. die Beinbrüche der Gliedmassen, etc. Constance, 1812, in-8°.

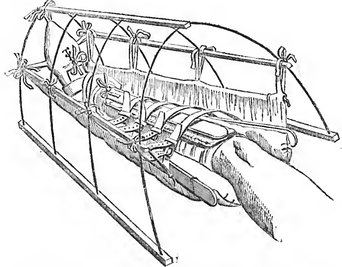
(²) Mathias Mayor, Chirurgie simplifiée, t. II, p. 301.

angles de l'appareil et qui vont aboutir à une autre corde verticale qui sert à la suspension; celle-ci est fixée au plafond ou à une traverse placée au-dessus du lit du malade; une poulie, sur laquelle glisse la corde verticale, est encore nécessaire pour donner de la mobilité à l'appareil et l'élever à des hauteurs différentes.

Mayor a cru devoir employer un mot grec pour dénommer son appareil; il l'a appelé hyponarthécie. Il établit ensuite une division qui comprend l'hyponarthécie simple et celle qui est unie à la suspension.

Malgré les avantages incontestables de la suspension, il faut reconnaître qu'on en fait rarement usage et que les difficultés de l'installation la rendent presque impossible dans les hôpitaux.

Voici un appareil qui supprime toutes les difficultés, qu'on peut établir en tous lieux, qui n'exige pas de frais exceptionnels et dont le maniement est si facile qu'il paralyse les maladresses ou les rend sans inconvénients.



J'appelle cet appareil le hamac, parce qu'il rappelle la forme et le mode d'installation de ce genre de suspension. Il se compose d'un cerceau ordinaire et d'un morceau de linge.

Le cerceau doit avoir quatre demi-cercles de fil de fer et cinq traverses de bois; deux de ces traverses servent à fixer les demi-cercles de fer; la traverse supérieure maintient les distances; les traverses latérales produisent aussi cet effet, mais elles servent encore à soutenir les cordons attachés à la pièce de linge.

Le morceau de toile forme un parallélogramme dont le grand côté a 60 centimètres; le petit côté en a 40. Les bords des deux grands côtés sont repliés sur eux-mêmes pour former une coulisse dans laquelle doit glisser une baguette de bois et mieux une tringle de fer ; disposition adoptée pour donner à toute la surface du linge une parfaite égalité de tension.

Quatre cordons doubles sont fixés à la pièce de linge, en observant une distance égale à celle qui sépare les montants de fer.

Un chausson de toile, lacé sur le cou-de-pied, porte aussi trois cordons doubles; deux sont placés latéralement, le troisième est à la partie supérieure; ils servent à maintenir le pied dans une direction convenable.

Lorsque tout est préparé, que le membre est pansé, on glisse sous lui la pièce de linge, on la soulève et on l'attache, à l'aide des cordons, à la traverse moyenne du cerceau, en lui donnant l'obliquité qu'on juge convenable.

On peut encore mettre un petit coussin sous le membre avant de le poser sur le hamac, mais on peut aussi s'en dispenser; souvent les malades le demandent eux-mêmes.

Cet appareil se prête facilement à plusieurs modifications : lorsqu'on doit faire un pansement douloureux, exigeant de grandes précautions et la suppression presque complète des mouvements, on pratique une ouverture à la pièce de linge, on lui donne la dimension nécessaire pour que la plaie soit facilement mise à découvert; lorsque le pansement est terminé, on relève la pièce de linge détachée, et qui forme une véritable porte qu'on ferme en la retenant à la traverse de bois à l'aide de cordons attachés à son bord libre.

Si la plaie est au talon, on se borne à abaisser la partie inférieure de l'appareil, en déliant les cordons qui y correspondent et en retirant les tringles vers le haut.

Lorsqu'on juge nécessaire de continuer l'extension de la partie inférieure de la jambe, on ajoute une tringle de fer ou simplement un morceau de bois qui s'appuie sur les traverses longitudinales auxquelles on le fixe à l'aide de liens.

L'usage de cet appareil a permis de lui reconnaître les avantages suivants :

Le membre reposant sur un morceau de toile s'y place facilement; l'élasticité du tissu se prête aux inégalités de la forme et permet que toutes les parties soient également soutenues. Aussi, à la fin du traitement, les membres fracturés ne sont pas déformés, comme cela a lieu quand on se sert de tout autre appareil.

L'air qui constamment circule en liberté sous l'appareil empêche que le membre ne s'échauffe.

La douleur du talon ne se produit jamais; avantage immense, qui évite aux blessés des agitations, des nuits pénibles et souvent la fièvre.

Tout l'appareil étant mobile, il suffit de saisir le cerceau d'une main pour que le malade puisse être transporté d'un lit à un autre, ou assis sur un fauteuil, l'appareil étant soutenu par une chaise mise à côté.

Lorsqu'on juge utile d'arroser constamment le membre blessé, l'irrigation se fait avec facilité et sans inconvénient pour le lit. On pose un bassin sous l'appareil, ou on arrange un morceau de toile cirée qui, se rattachant à l'un des côtés de l'appareil, forme un plan incliné qui rejette l'eau au dehors.

En somme cet appareil, soumis à toutes les épreuves, a répondu à tous les besoins; il nous a permis de faire transporter de Constantinople en France des blessés qu'on aurait été forcé de laisser dans leur lit, exposés aux dangers de l'infection, et péniblement impressionnés par le spectacle affligeant qu'ils avaient continuellement sous les yeux.

L'un des exemples les plus intéressants que je puisse rappeler est celui d'un brave colonel d'artillerie, M. R..., qui reçut en Crimée une blessure faite par un boulet qui lui emporta le tiers inférieure du péroné gauche et une grande partie des autres tissus placés à la hauteur de cette région.

La pourriture d'hôpital envahit la plaie, les douleurs étaient excessives, la seule pensée d'un mouvement imprimé au membre donnait des agitations nerveuses; le blessé lui-même restait immobile sur son lit dans la crainte de remuer sa jambe; les nuits étaient sans sommeil, la fièvre augmentait, le danger était extrême. J'applique le hamac, les douleurs se calment, les pansements deviennent faciles, le sommeil, reparaît, les forces se relèvent, et bientôt le blessé quitte Constantinople, emportant son appareil qui lui permet de faire sans inconvénient une longue traversée, bientôt suivie d'une guérison complète.

De l'amputation de la langue.

Par M. Classaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Les pertes de substance faites à la langue, dans un but chirurgical, sont généralement dangereuses. L'observation est venue démontrer bien des fois la réalité de cette proposition, et si nous

insistons, comme nous allons le faire, sur les circonstances anatomiques et physiologiques en vertu desquelles la langue ne peut être attaquée chirurgicalement sans faire courir de risques au sujet soumis à l'opération, c'est beaucoup moins pour corroborer à une vérité généralement admise, que pour donner une base sérieuse et motivée à l'emploi de procédés opératoires nouveaux. Quand on tient compte des conditions anatomiques et physiologiques de la langue, on reconnaît que les opérations pratiquées sur cet organe peuvent : 1° donner lieu à des hémorrhagies graves et rebelles ; 2° exposer aux phénomènes de l'intoxication purulente ; 3° compromettre certaines fonctions plus ou moins importantes, l'articulation des sons, par exemple, et l'exercice de la mastication.

1° Quoique la langue reçoive, eu égard à ses proportions, des artères plus considérables que celles qui, pour un volume égal, vont se rendre à toute autre partie du système musculaire ; c'est moins encore le calibre de ses vaisseaux qui fait ici le danger, que les diverses circonstances que voici :

Au sein de la cavité buccale où elle est placée, la langue, continuellement humectée par les fluides salivaires, devient, par cette humectation même, un agent permanent de dissolution qui fait obstacle à la coagulation du sang sur l'orifice de ses vaisseaux divisés.

L'excessive mobilité propre à cet organe, qui, alors même qu'il n'est pas mis en jeu volontairement pour tel ou tel exercice physiologique, ne peut se soustraire aux mouvements irrésistibles de la déglutition, vient encore troubler le travail d'oblitération des vaisseaux ouverts.

Les mouvements de la langue ne doivent pas être envisagés seulement comme de simples changements de position vers telle ou telle partie de la bouche, mais la nature même du tissu de la langue, qui, à la manière d'une éponge, peut tour à tour se condenser sur elle-même ou s'épanouir dans un état de mollesse très-prononcé, est ce qu'on peut imaginer de plus contraire à la suspension d'une hémorrhagie ; car il se passe là une sorte de phénomène de succion qui tend à déboucher les orifices vasculaires.

Les circonstances dont nous venons de parler sont cause d'hémorrhagie non-seulement par le trouble qu'elles apportent dans le travail de la nature pour la suspension spontanée de l'écoulement sanguin, mais encore par les obstacles qu'elles opposent à l'emploi des moyens hémostatiques. Absence de contre-appui pour la compression, alternatives incessantes de volume qui déroutent les meilleures combinaisons chirurgicales, difficulté de saisir avec précision

l'extrémité d'un vaisseau ouvert pour y appliquer une ligature, dissolution des caustiques et humectation très-prompte des escarres : tels sont les obstacles que rencontre le chirurgien, quand il veut réprimer une hémorrhagie de la langue.

2° L'expérience clinique apprend que les suppurations à la surface de la langue prennent très-promptement un caractère de putridité qu'explique, et de reste, la décomposition du pus sous la triple influence d'une température élevée, d'une humidité continue, d'un accès presque permanent de l'air atmosphérique, à quoi il faut joindre la part d'influence qui est due à tout travail inflammatoire dans la cavité buccale.

Si les produits de la suppuration, qui, à la rigueur, pourraient être expulsés au fur et à mesure de leur formation, deviennent une cause de putridité, que faut-il donc penser de la présence bien autrement fâcheuse d'une portion plus ou moins considérable de tissu gangrené, comme cela s'observe à la suite des ligatures dans une cavité où les causes de décomposition agissent avec tant de persistance et d'énergie ? La théorie seule ferait prévoir qu'il y a une cause imminente d'infection putride pour l'organisme, toutes les fois qu'il existe dans la cavité buccale des produits suppuratifs ou gangréneux. Et ce que la théorie fait pressentir, l'expérience le démontre ; car vous n'avez qu'à observer attentivement l'état de la constitution chez les sujets atteints d'une suppuration putride dans la cavité buccale, et vous ne tarderez pas à reconnaître qu'il s'établit très-promptement chez quelques-uns, plus lentement chez d'autres, une véritable cachexie par empoisonnement putride.

3° De ce que l'exercice de la parole n'ait pas été, à la grande surprise des chirurgiens, complétement anéanti par la perte presque complète de la langue, il ne s'ensuit pas que cet élément si important des relations sociales ne soit pas compromis à un degré plus ou moins considérable, malgré des ablations même très-partielles de cet organe. On conçoit très-bien que les chirurgiens, ne s'attendant pas à voir subsister quelques phénomènes d'articulation des sons là où une perte presque entière de la langue leur avait fait redouter l'abolition complète de la fonction, ne se soient pas montrés très-difficiles sur la manière dont parlent les gens qui ont la langue coupée ; mais ce serait une erreur de croire que la prononciation ne subisse pas des atteintes fâcheuses, même par le fait d'opérations beaucoup moins graves que l'amputation de la totalité de la langue.

Du reste, ce qui a très-longtemps arrêté les chirurgiens dans l'emploi des ablations partielles ou totales de la langue, c'est beaucoup

moins la crainte de voir l'exercice de la parole compromis que le sentiment des dangers bien autrement graves auxquels ce genre d'opérations peut donner lieu.

Quant aux autres troubles fonctionnels pouvant résulter des mutilations plus ou moins étendues que subit l'appareil lingual, nous nous bornerons à rappeler que l'insalivation, la déglutition, et tout ce qui constitue la digestion buccale proprement dite, subit des troubles inévitables, lorsqu'une partie de la langue et surtout la totalité de l'organe ont été détruites, soit accidentellement, soit chirurgicalement.

Les dangers que nous venons de signaler comme conséquences des opérations pratiquées sur la langue ne doivent point être l'objet d'une contemplation stérile; mais, pour tirer de leur étude toute l'utilité pratique qu'elle peut fournir, nous avons maintenant à les envisager dans leurs rapports avec les divers modes opératoires qui ont été appliqués à la destruction des tumeurs de la langue.

Les différents modes employés jusqu'ici pour ce genre d'opérations sont la cautérisation, la ligature, l'excision.

Une appréciation rapide de ces diverses méthodes suffira pour le but que nous nous proposons.

1° La cautérisation peut être faite par les caustiques ou par le cautère actuel.

L'emploi des caustiques ne comporte que des applications très-restreintes, par cette raison que la langue étant très-mobile, étant sans cesse humectée, se trouvant à l'entrée des organes digestifs, il y a dissolution prompte des agents chimiques, diffusion de ceux-ci et de leur action cautérisante par delà le point sur lequel on voudrait concentrer leur action, danger d'empoisonnement par l'écoulement vers la cavité digestive du caustique délayé.

Le cautère actuel échappe à plusieurs des objections qui peuvent être adressées aux caustiques ; mais il faut remarquer que les cautères s'éteignent très-promptement au sein d'une cavité maintenue dans un état continuel d'humidité, qu'ils ne détruisent que des épaisseurs très-peu considérables des tissus sur lesquels on les applique, qu'ils suscitent des inflammations très-violentes, que les escarres produites par les cautères deviennent très-promptement humides, et qu'elles entrent en putréfaction dans la cavité buccale longtemps avant le moment de l'expulsion définitive.

Les circonstances que nous venons d'énumérer démontrent combien est restreinte la sphère d'application de ce genre de moyens contre les tumeurs de la langue.

2° C'est dans l'emploi de la ligature que se révèle tout le danger de ces décompositions putrides dont nous nous sommes occupé à plusieurs reprises.

Une portion de la langue, serrée par une ligature agissant avec le secours de tous les serre-nœuds imaginés jusqu'ici, ne met guère moins de huit jours à se détacher complétement. Dès les premières vingt-quatre heures, la portion de tissu comprise dans la ligature est en pleine décomposition. Si, dans le but de hâter l'élimination de la partie mortifiée, on augmente l'action du serre-nœud, le fil se rompt, et alors quelle atroce et douloureuse opération ne faut-il pas faire pour rétablir, au milieu de tissus enflammés et doués d'une sensibilité extrême, un nouveau fil à la place de celui qui s'est rompu !

Ainsi danger de graves mécomptes pour le malade et pour le chirurgien, danger d'un empoisonnement putride par la déglutition involontaire de matières en décomposition dans le réceptacle chaud et humide que représente la cavité buccale.

Il y aurait une grave erreur à croire que parce qu'il y a eu des sujets qui ont survécu en dépit d'influences aussi délétères, il n'y a pas lieu de se préoccuper fortement des dangers que nous signalons ici. Tout praticien expérimenté sait que la résistance vitale dont sont doués certains individus donne parfois d'étranges démentis aux craintes les mieux fondées.

D'un autre côté, certains sujets, quoique atteints de maladies assez graves pour réclamer l'ablation d'une partie plus ou moins considérable de la langue, ont dû, soit à la nature même de l'affection locale, soit à l'excellence de leur constitution, de traverser toutes les périodes antérieures de leur maladie actuelle, en conservant une force de résistance vraiment remarquable.

Que chez ceux-là l'intoxication buccale ne produise pas tous ses ravages, la chose se conçoit ; mais que, chez un sujet d'un certain âge, épuisé de longue main par une suppuration locale, par les insomnies, les mauvaises digestions, le profond chagrin et les inquiétudes auxquels donne lieu une maladie si cruelle, vienne s'ajouter, après la secousse de l'opération, une cause d'empoisonnement qui agit avec continuité pendant sept, huit jours et plus, et l'on comprendra qu'une issue fatale soit à peu près inévitable.

Nous avons été plusieurs fois témoin du douloureux spectacle de malades opérés de cancer de la langue par la ligature, et nous ne pourrons jamais oublier le tableau qui s'est offert à nos yeux. On peut, à la vérité, diminuer cette continuité de l'empoisonnement

putride des amputés de la langue par l'usage presque continuel d'injections détersives et antiputrides; mais il y a des intermittences obligées, soit pour respecter les quelques instants de sommeil dont peut jouir le malade, soit à cause des difficultés matérielles d'une irrigation incessante. Eh bien ! nous devons dire que le mouvement de décomposition marche avec tant de rapidité que la moindre interruption dans l'emploi des moyens antiseptiques lui permet de neutraliser très-promptement leur action. Le lavage et les injections rencontrent d'ailleurs un obstacle dans la présence de l'hypersécrétion glaireuse qui s'écoule de l'intérieur de la cavité buccale chez les sujets opérés par la ligature. Cette matière visqueuse forme comme un enduit qui empêche le contact immédiat du liquide injecté sur les parties suppurantes.

Aux inconvénients dont nous venons de parler comme pouvant résulter de la ligature, il faut joindre le genre de douleur propre à ce mode d'action chirurgicale. Toute ligature qui n'est pas serrée au point de suspendre sur-le-champ et d'une manière complète la vitalité des parties qu'elle étreint est une cause de douleurs excessivement fortes dans le premier moment, et de douleurs moins vives, il est vrai, mais continuelles, jusqu'à la séparation totale de la partie ligaturée; chaque constriction nouvelle rappelle le sentiment de la douleur primitive, aggravée par l'état inflammatoire des parties étranglées. Ce n'est donc plus la douleur vive, mais passagère, d'une section faite avec le couteau; c'est un supplice qui se prolonge pendant des journées entières.

Il reste donc en somme à la charge de la méthode par la ligature, d'abord d'être un procédé excessivement et longuement douloureux; en second lieu, de soumettre le malade, pendant sept jours au moins, à l'imminence d'une intoxication putride.

3° Le danger principal de l'excision, c'est l'hémorrhagie, dont nous avons déjà étudié le caractère, eu égard à la nature de l'organe intéressé. Nous disons le danger principal, car il en est d'autres dont nous ne traitons pas ici, ceux, par exemple, qui sont relatifs à la résorption purulente, au phlegmon, à l'œdème de l'orifice supérieur du larynx. Ces accidents, en effet, ne sont point exclusivement propres à l'excision, ils peuvent être la conséquence de toute opération chirurgicale pratiquée sur l'organe lingual. Nous nous sommes assez étendu, dans le commencement de ce travail, sur le mécanisme et l'imminence de l'hémorrhagie pour n'avoir pas à y revenir en ce moment.

Si nous résumons l'état actuel de la thérapeutique touchant la

question des opérations destinées à l'ablation de tout ou partie de la langue, nous avons lien de considérer cette thérapeutique comme étant très-peu favorable, nous dirons plus, comme étant meurtrière.

Il y avait donc lieu de rechercher des méthodes nouvelles, et c'est ce que nous avons fait, en appliquant l'écrasement linéaire aux amputations de la langue. Je dois rappeler ici que c'est à l'occasion de l'amputation de la langue que, m'étant trouve à même de constater expérimentalement l'insuffisance de tous les serre-nœuds connus jusqu'ici, je fus conduit à l'emploi de la ligature métallique articulée, fait qui a donné naissance à la méthode de l'écrasement linéaire.

(La fin au prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules pour l'emploi des préparations de silicate et de benzoate de soude, unis aux préparations d'aconit et de colchique, dans le traitement de la goutte.

La plupart des traitements qui ont été formulés contre la goutte reposaient sur un seul agent médicamenteux auquel les auteurs accordaient une action spécifique. L'expérience clinique s'est chargée de nous démontrer que, s'il existe un spécifique de cette diathèse, il n'est pas encore trouvé. Mais de ce qu'on ne saurait obtenir encore d'un seul agent de la matière médicale, ne pourrait-on le demander à un ensemble de moyens dont chacun d'eux s'adresserait à l'un des éléments constitutifs de la maladie? C'est ce que viennent de tenter deux hommes bien connus dans la science, M. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et M. Bonjean, pharmacien à Chambéry.

Sous le nom de *préparations dialytiques* (de διαλύω, jo dissons, je disperse), ces auteurs proposent un ensemble de moyens qui a pour but de répondre aux diverses indications d'un traitement do la goutte. Ainsi : 1° le silicate et le benzoate de soude ont pour but de détruire chimiquement dans l'économie l'acide urique et les urates qui y sont en excès. Suivant les essais de M. Socquet, ils l'emporteraient sur les autres sels alcalins mis en usage. 2° Le colchique en précipiterait l'élimination par les voies urinaires, tout en attaquant encore la maladie d'une autre manière. 3° L'aconit est destiné à calmer les douleurs et les autres accidents nerveux, en même temps qu'il exerce une action spécifique.

L'ensemble de ces trois ordres de moyens par leur usage continu

serait de nature à détruire la prédisposition et à triompher de la diathèse. Au traitement interne, MM. Socquet et Bonjean ajoutent un traitement externe et une médication adjuvante.

Voici les diverses formules recommandées par ces auteurs.

1° *Préparation du silicate de soude.*

Silice pure.........................	1 partie.
Carbonate de soude pur et desséché....	2 parties.

Après avoir mêlé ces substances d'une manière bien intime, on introduit le mélange dans un creuset de terre réfractaire, qui ne doit être chargé qu'à demi, et l'on soumet le creuset à l'action d'une chaleur forte et soutenue dans un fourneau à réverbère. La matière commence à devenir pâteuse, puis elle se liquéfie par un fort coup de feu. Au bout d'un certain temps de fusion, on coule sur une pierre polie et on laisse refroidir. On obtient ainsi un premier produit consistant en une masse amorphe, d'une saveur franchement alcaline, et d'une couleur qui varie du gris clair au brun, suivant la pureté des matières employées.

Le silicate est mis en poudre, puis traité par l'eau bouillante, qui ne le dissout qu'en partie. Les liqueurs filtrées et concentrées laissent déposer un sel mal cristallisé, que l'on reprend par l'eau à 100 degrés; cette nouvelle dissolution, filtrée et suffisamment rapprochée, fournit enfin du silicate de soude dans un état de pureté désirable. Ce silicate se dissout très-facilement dans l'eau : la dissolution, traitée par un acide faible, laisse précipiter de la silice pure sous forme de gelée blanche.

Bien que simple en apparence, cette opération est loin d'offrir toujours des résultats identiques. La pureté des substances employées, la quantité sur laquelle on opère, le degré de chaleur, la dureté du mélange en fusion, etc., sont autant de causes qui influent sur la nature du produit d'une manière remarquable, sans qu'il soit possible de tracer aucune règle précise à cet égard. L'habitude seule, mieux que tout ce que nous pourrions dire, peut indiquer à l'expérimentateur les moyens de réussite.

2° *Préparation du benzoate de soude.*

Le benzoate de soude se prépare tout simplement en saturant l'acide benzoïque par du carbonate de soude cristallisé et bien pur, l'un et l'autre dissous dans une suffisante quantité d'eau. La liqueur étant filtrée, on la concentre par l'évaporation à une douce chaleur, et on laisse cristalliser.

Le dépôt, s'il n'est pas très-blanc, est repris par l'eau bouillante, et le liquide, filtré et rapproché de nouveau, fournit des cristaux blancs de benzoate de soude. Ces cristaux sont en belles aiguilles blanches qui s'effleurissent à l'air; il faut s'assurer que ce sel, fourni par le commerce, est exempt de tout mélange frauduleux.

Le benzoate de soude doit être préparé avec l'acide benzoïque retiré du benjoin, et non avec l'acide benzoïque produit par la distillation de la houille. Le premier de ces acides a pour caractères essentiels de se volatiliser entièrement sous l'influence d'une faible chaleur, et de se dissoudre en grande proportion dans l'eau et l'alcool bouillants.

3° *Pilules dyalitiques.*

Silicate de soude......................	25 grammes.
Extrait hydro-alcoolique de colchique....	15 grammes.
— — d'aconit napel...	30 grammes,
Benzoate de soude....................	50 grammes.
Savon médicinal.......................	50 grammes.

Faites une masse bien homogène pour être divisée en mille pilules, qu'on fera drager en rose, après une dessiccation complète, pour en faciliter la conservation.

La dose est de une d'abord, puis de deux, trois et quatre par jour, moitié le matin et moitié le soir.

4° *Sirop dyalitique.*

Silicate de soude.....................	600 grammes.
Benzoate de soude....................	300 grammes.
Sirop de gomme......................	10 kil.

Faites dissoudre séparément le silicate et le benzoate dans suffisante quantité d'eau chaude, filtrez et mêlez les deux dissolutions au sirop, que l'on concentre ensuite jusqu'à 30 degrés bouillants.

Dose : une à deux cuillerées à café par jour, dans un verre de tisane dépurative.

5° *Liniment dialytique bitumineux.*

Naphte pur........................	80 grammes.
Huile narcotique....................	15 grammes.
Huile volatile de térébenthine.........	5 grammes.

Mêlez, agitez de temps en temps, et filtrez après quelques heures.

Ce liniment est d'une belle couleur verte, il doit être limpide.

6° *Liniment dialytique éthéré.*

Ether acétique......................	80 grammes.
Teinture alcoolique d'aconit napel......	15 grammes.
— — d'arnica (racine)....	5 grammes.

Mêlez et filtrez. Ces liniments s'emploient surtout en frictions; parfois on peut en mettre une compresse, ou même en prendre un bain local à l'aide d'une enveloppe en caoutchouc ou en taffetas gommé.

Médication adjuvante. — Tisanes dépuratives.

a. Tisane de saponaire, douce-amère et réglisse;

b. Tisane des quatre bois sudorifiques et réglisse;

c. Tisane de fumeterre, patience et réglisse;

d. Tisane de feuilles de frêne et de buglosse, avec racine de fraisier.—On alterne l'usage de ces tisanes de semaine en semaine.

Purgatifs

L'expérience a démontré qu'il convient par intervalle (une ou deux fois par mois) de purger, soit avec le bochet purgatif de Lyon [1], soit avec le sulfate de soude ou de magnésie, associés avec de la manne. Telle était la pratique de Sydenham, qui recommandait cette médication adjuvante.

Sur la non-existence du citrate de caféine.

Par le docteur Wittstein.

Depuis plusieurs années on s'est beaucoup occupé, dans les journaux de médecine et de pharmacie, d'un citrate de caféine que M. Hannon a cherché à réintroduire dans la thérapeutique. D'après ce médecin, ce produit peut être préparé, soit par la combinaison directe de la caféine avec l'acide citrique, soit par la méthode suivante: on traite des grains de café pulvérisés par une dissolution étendue d'acide citrique; on agite cette dissolution filtrée encore chaude avec les trois quarts de son volume d'éther, on décante la couche éthérée et on laisse évaporer très-doucement la liqueur aqueuse. Il se forme des cristaux aiguillés, blancs, soyeux, et qui doivent être composés de l'équivalent de caféine, 3 éq. d'acide citrique et 2 éq. d'eau. (Journal de pharmacie et de chimie, 1850, XVIII, 209.)

Cette composition du citrate de caféine paraît très-peu probable à M. Wittstein, même si on considère $C^{16} H^{10} N^4 O^4$ (le double de $C^8 H^5 N^2 O^2$) comme l'équivalent de la caféine, car on aurait toujours un sel avec excès d'acide, puisque l'acide citrique ($C^{12} H^5 O^{11}$) est tribasique. Des expériences ont été entreprises pour contrô-

---

[1] Voir l'article sur le bochet que M. Pétrequin a publié dans ce journal. *Bulletin de Thérapeutique*, tome XL, p. 101.)

ler le fait, et pour ceci, on prit au maximum 1 éq. d'acide citrique pour 1 éq. de caféine. On se servit de caféine cristallisée ($C_{16}H_{10}N_4O + 4HO$), et d'acide citrique desséché à 100° ($C_{12}H_5O_{11} + 3HO$).

1° On fit dissoudre 6 grains d'acide citrique dans 60 grains d'eau et on ajouta 7 grains de caféine, qui disparurent bientôt à l'aide d'une très-faible température. La dissolution fournit par une évaporation lente une très-belle distillation d'aiguilles longues et fines, que l'on recueillit sur du papier à filtrer et qu'on fit sécher. Ces cristaux avaient l'aspect de la caféine pure; leur dissolution aqueuse avait une réaction neutre et ne fut pas troublée par l'addition d'acétate de plomb, et par conséquent ne renfermait point d'acide citrique.

2° Une dissolution de 6 grains d'acide acétique dans 60 grains d'eau dissolvit également très-vite 15 grains de caféine, à l'aide de la chaleur, et fournit par l'évaporation des cristaux qui n'étaient aussi rien d'autre que de la caféine pure.

3° Enfin, une dissolution de 6 grains d'acide citrique dans 60 grains d'eau dissolvit aussi facilement 30 grains de caféine, à l'aide de la chaleur; mais de la liqueur, toujours fortement acide, il se sépara encore des cristaux de caféine pure, et les eaux mères approchées davantage déposèrent des masses grenues d'acide citrique.

Il ressort de ces expériences que la caféine ne forme pas de combinaison saline avec l'acide citrique, et que, par conséquent, le produit de M. Hannon est ou bien de la caféine pure, ou bien un mélange de caféine et d'acide citrique. J. Risler fils.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation d'accès de fièvre intermittente à forme péripneumonique, traitée avec succès par le sulfate de quinine.

Dans le *Bulletin de Thérapeutique* du 30 juin dernier, l'honorable rédacteur en chef de ce journal faisait appel à de nouvelles observations sur la valeur du sédiment briqueté dans les urines, comme caractère séméiotique de l'intermittence dans les affections aiguës. Il ne m'est pas possible de répondre catégoriquement à cet appel, mais l'observation que je livre à la publicité a sa raison d'opportunité dans les articles publiés dans la Gazette des hôpitaux du 31 mai, numéro 64, et 11 juin, numéro 70, sur des cas de fièvres intermittentes observées dans le cours de pneumonies dans le service de M. Gendrin, à la Pitié, et aussi dans l'observation publiée par M. le docteur Legros, dans le *Bulletin de thérapeutique* du 15 août dernier.

M. M... me fait appeler le 20 mai dernier. Ce malade, âgé de soixante ans, est très-sujet aux bronchites. Il est au lit, atteint de fièvre depuis trois jours ; il se plaint d'un point de côté lorsqu'il respire fortement ou qu'il est pris d'un accès de toux.

La peau est chaude et sèche, le pouls donne 106 pulsations par minute ; la respiration est difficile : soif, anorexie complète, insomnie, toux fréquente qui fatigue extrêmement le malade ; l'expectoration est assez rare, mais les crachats sont gluants et rouillés.

La percussion révèle de la matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit ; à l'auscultation, absence de respiration vésiculaire, souffle tubaire dans le quart inférieur ; des râles sibilants, et à de longs intervalles des bulles de râle crépitant fin.

Je diagnostiquai une pneumonie et je prescrivis une saignée : le malade s'y refusa obstinément. Je fus obligé d'accéder à une application de vingt sangsues ; une potion stibiée à 30 centigrammes, convenablement édulcorée, fut ordonnée et diète absolue.

Le 21 mai, le malade est d'une faiblesse extrême ; le pouls marque 50 à la minute ; la toux est plus rare, les crachats contiennent encore un peu de sang, mais ils n'ont plus la teinte rouillée ; les urines laissent déposer *un sédiment briqueté très-abondant*, auquel je n'attache pas d'autre importance que celle qu'on y attache généralement.

J'apprends que la journée de la veille a été assez bonne après l'application des sangsues ; que les deux premières cuillerées de la potion avaient fait vomir et, bien que j'eusse prévenu de cet effet, qu'il avait été impossible d'en faire reprendre au malade ; enfin, que vers huit heures du soir il était survenu un violent accès de fièvre, caractérisé par un frisson très-intense, avec claquement de dents, suivi d'une grande chaleur, puis d'une sueur abondante ; l'accès dans ses trois stades avait duré près d'une heure et demie, me dit-on.

A la percussion, on retrouve la matité et à l'auscultation les signes déjà signalés.

La faiblesse du malade, cette chute profonde du pouls vingt-quatre heures après l'application de sangsues chez un homme encore robuste m'effrayèrent, et d'ailleurs cet accès de fièvre n'était nullement en rapport avec l'état organique de la maladie ; le sédiment briqueté ne se présenta pas à mon esprit comme un caractère dont je pusse tirer une indication thérapeutique ; mais je me laissai dominer par l'état de faiblesse générale du patient, par une crainte vague concernant l'accès de fièvre, et je mis mon malade à l'usage d'une forte décoction de quinquina, édulcorée de sirop d'écorce

d'orange; je prescrivis quelques cuillerées de bouillon de bœuf à prendre dans la journée.

Malheureusement, je devais sortir de Paris ce jour-là et ne devais rentrer que vers sept heures du soir, très-fatigué d'une longue route en voiture; cependant, je donnai des instructions positives sur la possibilité d'un nouvel accès et sur la nécessité de venir me prévenir immédiatement : on ne vint pas. Le lendemain, j'appris qu'il y avait eu un second accès, bien marqué dans ses trois stades, mais moins intense que le précédent.

Les symptômes de la pneumonie étaient les mêmes, le pouls était remonté à 64; les urines contenaient encore un sédiment briqueté. Je prescrivis 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 23. La journée fut bonne, l'accès manqua complétement.

La matité est presque nulle; le souffle tubaire et le râle crépitant manquent complétement; quelques râles muqueux vers le sommet du poumon; la toux est rare, quinteuse, et n'amène que des crachats bronchiques.

Par prévision, je prescrivis encore 60 centigrammes de sulfate de quinine et une potion contenant 10 centigrammes de kermès minéral.

Le 24. Le malade est très-bien, demande des aliments, consent encore, quoique à regret, à prendre quelques cuillerées de potion au kermès.

25, 26, 27, 28. Le mieux continue; les dernières traces de la pneumonie et de la bronchite disparaissent, et je me trouve en face d'un de ces faits rares dans la science, mais déjà contrôlés par nos maîtres : d'une pneumonie, compliquée d'accès intermittent pernicieux, guérie par le sulfate de quinine; de sorte que l'analyse du résultat thérapeutique doit faire donner à ces affections le nom de fièvres intermittentes à forme péripneumonique.

Le sédiment briqueté, auquel je n'avais ajouté qu'une attention secondaire, doit-il être considéré comme un signe d'une certaine valeur dans le diagnostic des accès intermittents? c'est ce que je ne pourrais assurer; mais il est certain qu'il est d'une haute importance thérapeutique de diagnostiquer ces formes pernicieuses de l'intermittence, qui peuvent présenter tous les états organopathiques et entraîner le médecin dans une fausse voie; et c'est certainement un service que votre estimable journal a rendu à la science en appelant de nouveau l'attention sur ce symptôme. Le docteur Lecointe.

Sur l'emploi de l'extension continue dans les coxalgies.

Je lis dans un des derniers numéros du *Bulletin de Thérapeutique*, t. L, p. 518, un fait intéressant dans lequel M. le docteur Zannetti a appliqué l'extension continuelle à une coxalgie rebelle, et a obtenu par là le soulagement des douleurs et le retour du membre à sa longueur normale.

Permettez-moi de réclamer pour un de nos compatriotes, pour un ami et collaborateur, pour un mort surtout, l'idée de cette application. Que M. Zanetti veuille bien jeter les yeux sur un livre peut-être oublié aujourd'hui, mais qui ne mérite pas de l'être, et qui a été honoré d'un des prix Montyon ([1]), et il verra non-seulement qu'il a été devancé dans la carrière par Humbert, mais encore que celui-ci a traité à fond ce sujet, et l'a, pour ainsi dire, épuisé.

« Il est universellement admis en pratique, dit Humbert, que l'immobilité est la première condition du traitement des phlegmasies articulaires, mais un fait qui n'est pas autant connu, ou plutôt sur lequel on a glissé plus légèrement, c'est la fâcheuse influence qu'exerce sur les mêmes inflammations la pression des surfaces synoviales les unes contre ces autres, pression incessamment augmentée par l'engorgement des ligaments et des parties voisines, et que l'on peut tout à fait comparer à ce qu'on appelle *étranglement* dans certaines plaies des parties molles. Que l'on oppose, en effet, les résultats d'une forte contusion, et souvent même d'une simple piqûre d'une articulation à ceux d'une plaie considérable par laquelle elle aura été largement ouverte, et on conviendra qu'il est difficile de s'en expliquer la différence autrement que par celle qui existe dans la position respective des parties. » (P. 343.)

Humbert, après avoir admis l'utilité du repos dans la phlegmasie articulaire, et avoir démontré que l'application de ce moyen n'est jamais complète avec les appareils ordinairement employés, continue ainsi qu'il suit :

« Quant à la pression des surfaces articulaires on n'a mis en avant aucun moyen pour y remédier ; on se contente d'opposer à l'inflammation articulaire un traitement antiphlogistique local et général, sans tenir un compte particulier d'une circonstance qui en est devenue souvent la cause principale. Cependant les idées que nous

---

([1]) Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation ilio-fémorale, méthode applicable aux luxations congénitales et aux luxations anciennes par cause externe, par F. Humbert, de Morlaix (Meuse), et M. Jacquier, d'Ervy (Aube), avec un atlas. 1835. J.-B. Baillière.

émettons aujourd'hui, nous les avons rencontrées depuis peu dans l'ouvrage déjà cité de M. le professeur Delpech, et nous nous estimons fort honorés de cette coïncidence d'opinions conçues à peu près à la même époque, et sans que nous ayous pu avoir réciproquement connaissance de notre travail.

« L'utilité du repos une fois reconnue, ainsi que celle de tout moyen qui diminuera la pression des cartilages articulaires les uns contre les autres, n'est-il pas conséquent de proposer l'application de nos appareils à la luxation spontanée commençante ? Tout mouvement direct ou communiqué deviendra alors impossible dans la hanche; le membre conservera la position qu'il doit avoir, le malade pourra être levé, changé de linge, placé au bain, exposé à un air vif et pur, sans qu'aucun de ces mouvements généraux réagisse sur l'articulation coxo-fémorale. Le degré de la douleur habituelle, ou de celle que provoquera l'application des appareils, servira à déterminer la force d'action qu'on devra leur donner. S'il y a inflammation intense, engorgement considérable des parties environnantes, douleur vive, même sans mouvement, on essayera, par une extension légère, de diminuer la pression exercée sur les cartilages, et surtout sur le corps synovial, lesquels, ainsi soulagés et moins comprimés dans leur expansion inflammatoire, seront plus accessibles aux effets du traitement que nous avons indiqué avec détails. » (P. 345 et suiv.)

Il me serait facile de muliplier les citations; en voilà bien assez, je pense, pour que le lecteur sache à quoi s'en tenir sur ma réclamation. Mais, je le répète, en ma qualité d'ami et de collaborateur d'Humbert, j'ai cru devoir payer ce tribut à sa mémoire; j'ai voulu, en outre, ne pas laisser échapper une occasion de rappeler au souvenir des praticiens un homme d'élite qui a cherché à se faire oublier, même de son vivant, et qui, placé dans les conditions les plus défavorables à tous égards, a su, par les efforts d'un véritable génie, donner l'élan à l'orthopédie pratique en France, et guérir une maladie regardée jusque-là comme étant au-dessus des ressources de l'art.

N. Jacquier, D. M.,
d'Ervy (Aube).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Convulsions déterminées par le travail de la dentition guéries instantanément par l'incision de la gencive. — Dans le traitement

des convulsions, on ne doit jamais perdre de vue le précepte de Boerhaave : « In curatione, priùs pervestiganda est causa singularis, et locus primariò affectus undè convulsio ortum habet; dein ociùs medicamenta applicanda. » Le fait suivant en est un exemple. On nous apporte à la consultation du dispensaire une jeune enfant âgée de quinze mois, en proie à des convulsions très-intenses, accident qui se manifestait pour la première fois. L'enfant, fort et vigoureux, éprouvait depuis quelque temps un peu de diarrhée, qui se reliait au travail de la dentition. Celui-ci était accompagné d'assez vives douleurs, car souvent l'enfant portait les mains à la bouche. Ce renseignement de la mère nous porta à procéder immédiatement à l'examen de l'arcade alvéolaire, et trouvant le point correspondant à l'une des petites molaires le siége d'une turgescence assez considérable, nous n'hésitâmes pas à pratiquer, à l'aide d'une lancette, une incision longitudinale sur la saillie dentaire. La cessation immédiate des mouvements cloniques vint démontrer que nous avions saisi l'indication, et nous renvoyâmes la mère en prescrivant un bain dans lequel on devait ajouter une forte infusion de fleurs de tilleul, un cataplasme de farine de graine de lin sur le ventre, de l'eau albumineuse pour boisson et en lavement, et pour la nuit des cataplasmes arrosés de vinaigre autour des pieds. Malgré l'emploi de ces moyens, l'enfant nous fut rapporté huit jours après. Les mouvements convulsifs étaient moins intenses que la première fois. En examinant le point de l'arcade alvéolaire que nous avions incisé, nous restâmes convaincu que la crainte d'un hémorrhagie nous avait fait agir timidement. La plaie s'était cicatrisée trop promptement pour faciliter la sortie de la dent. La faute était facile à réparer : deux incisions pratiqués crucialement et les lambeaux soulevés vinrent mettre fin aux convulsions sympathiques, qui ne se reproduisirent plus à dater de ce moment.

L'existence des vers dans le canal intestinal, ainsi que le travail de la dentition, sont les circonstances morbides dans lesquelles les effets de l'intervention thérapeutique sont les moins contestables.

Névralgie intermittente de la face ; guérison par l'extrait alcoolique d'aconit a haute dose. — En revenant par la publication de nouveaux faits sur le traitement des névralgies faciales intermittentes par l'extrait d'aconit, nous n'avons certainement pas l'intention d'ébranler la juste confiance que nos confrères ont dans les préparations de quinquina pour la curation de la périodicité, et en particulier des névralgies revenant à intervalles réguliers. Nous

voulons seulement leur indiquer une ressource précieuse, un moyen puissant qui doit probablement son activité uniquement à l'influence sédative qu'il exerce sur le système nerveux ; mais nous nous demandons cependant si, suivant l'expression de Pereira, il n'y a pas quelque chose de spécial dans cette action de l'aconit contre les névralgies, et ce qui nous porterait à le croire, c'est la dose élevée à laquelle l'extrait d'aconit peut être porté dans les cas de ce genre. Il y a sans doute une grande part à faire dans l'activité de l'aconit, comme l'ont montré les recherches modernes, au lieu dans lequel la plante a été recueillie et au mode de préparation de l'extrait ; mais nous croyons cependant que les hôpitaux de Paris dans lesquels nous avons vu des cas de ce genre ne sont pas les plus mal fournis en fait de préparation d'aconit. Voici un nouveau cas de succès de l'aconit recueilli dans le service de M. Aran.

Schlesser, Léopold, âgé de vingt-trois ans, ébéniste, est un jeune homme d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, assez maigre, mais qui n'a jamais eu de maladie de quelque durée ; néanmoins il est sujet à s'enrhumer et il a craché du sang il y a trois ans. Nouveau crachement de sang il y a un mois ; depuis cette époque, le malade est affecté d'une névralgie de la face, commençant par une douleur dans les paupières, dans le front du côté droit, avec élancements dans l'œil correspondant qui gagnent bientôt toute la face et plongent le malade dans un état de souffrance insupportable. Cette névralgie revient par accès parfaitement réguliers, tous les jours à sept heures du matin, augmente peu à peu d'intensité, est à son maximum de onze heures à une heure, et se termine à trois heures de l'après-midi, en laissant seulement de la lourdeur de tête. Du reste, dans l'intervalle des douleurs, le malade se trouve très-bien : bon appétit, digestions faciles, ni constipation, ni diarrhée. Néanmoins le sommet du poumon gauche offre quelques indices de tuberculisation commençante : diminution de sonorité sous la clavicule droite et dans les fosses sus et sous-épineuses du même côté ; respiration faible et expiration un peu prolongée en avant, respiration, au contraire, un peu forte et un peu rude en arrière.

La périodicité si parfaite de la névralgie fit penser à M. Aran que ce devait être un cas favorable à l'emploi de l'extrait d'aconit, qui fut administré le 20 juin, à la dose de 10 centigrammes, en deux pilules. Le 21, 20 centigr. en quatre pilules : pas d'effet appréciable ; la névralgie persiste. Le 22, huit pilules de 5 centigr. ; même dose le 23. Pour la première fois, ce jour-là, le malade dit avoir été un peu sou-

lagé. Le 24 et le 25, dix pilules de 50 centigr.; le soulagement augmente avec la quantité d'aconit administré; les accès se raccourcissent. Soulagement très-grand le 26; mais pour en finir avec les accès, et le malade supportant d'ailleurs très-bien l'aconit, le nombre des pilules est porté à douze dans les vingt-quatre heures (60 centigr. d'extrait), et on le continue à cette dose pendant quatre jours. Les accès se réduisent presque à rien le 27 et le 28; le 29, ils manquent complétement, et le lendemain le malade quitte l'hôpital, dans un état de bien-être qui excite sa joie et ses remerciements.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Bistouri (*Nouveau modèle de*) *à chasses tournantes*. On sait que le nettoyage des bistouris présente souvent des difficultés, et que malgré les plus grandes précautions il reste toujours un peu d'humidité, qui altère la lame. Cet inconvénient existe même dans le bistouri à petit coulant de M. Charrière père, qui est presque le seul que l'on trouve aujourd'hui dans toutes les trousses. Après bien des essais tentés en France et en Allemagne, l'instrument qui remplit le mieux toutes les conditions désirables au point de vue de la facilité du nettoyage est le bistouri à chasses tournantes de Récamier; mais il est d'un prix trop élevé pour être d'un usage journalier; de plus, les quatre saillies qui fixent la lame au manche ne laissent pas de compliquer l'instrument. M. Charrière fils vient de présenter à l'Académie un modèle qui offre toutes les conditions désirables. Ce nouveau modèle, tout en conservant les avantages des chasses tournantes du bistouri de Récamier, obvie aux inconvénients de ce dernier instrument. La lame se trouve fixée à l'aide de deux clous rivés à son talon, et qui glissent dans une double mortaise découpée au balancier et fixée dans l'épaisseur d'une des chasses, ainsi qu'on peut le voir sur la figure ci-contre; il ne présente aucune saillie et il n'exige pas plus de frais de fabrication que le bistouri ordinaire. (*Compte rendu de l'Académie de médecine*, septembre.)

Créosote. *De son emploi dans les excroissances verruqueuses*. L'étude des propriétés thérapeutiques de cet agent médicamenteux semble complément oublié, même celle de son action topique; le fait suivant prouve toutefois qu'on peut en retirer des services. M. Rainey, ayant à combattre une excroissance verruqueuse du doigt qui prenait un accroissement très-rapide, eut recours à la créosote. Pour en assurer l'effet topique, il entoura le doigt sur lequel il avait appliqué cette substance avec un morceau d'emplâtre adhésif, qu'il laissa en place pendant deux jours. Lorsqu'il enleva l'emplâtre, l'excroissance, au lieu d'être sèche et dure, était devenue si molle et si friable que la plus légère friction avec le doigt la faisait tomber en morceaux. Après quelques jours d'application, la partie située au-dessous devint parfaitement saine. Le malade n'éprouva aucune douleur qui indiquât une action escarrotique. M. Ord, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, auquel M. Rainey en parla, l'expérimenta aussi avec succès. L'auteur pense qu'on pourrait par analogie l'appliquer avec avantage aux polypes du nez et de la matrice, mais la difficulté de cette expérimentation serait de mettre la muqueuse de ces cavités à l'abri de l'action caustique de

la créosote. (*The Lancett* et *Gaz. Med.*, septembre.)

Glycérine (*Eczéma chronique guéri promptement par la*), *unie à la suie de bois*. Aux faits d'efficacité des glycérines médicamenteuses nous ajoutons le suivant, que publie M. Bougard. Un jeune homme d'environ trente ans était affecté depuis plusieurs années d'un eczéma chronique (dartre squammeuse humide d'Alibert) qui envahissait presque tout le corps, mais qui se montrait surtout très-intense aux jambes et aux pieds. Ces parties étaient le siége de démangeaisons intolérables, et il s'y produisait un suintement séreux; la peau était rouge, saignante, excoriée, et couverte de croûtes légères; de nombreux remèdes avaient échoué. M. Bougard soumit le malade à l'emploi de la suie de bois, qui lui avait quelquefois réussi dans des cas analogues. Des lavages avec une décoction, l'usage de pommade, secondé de l'action de deux ou trois purgatifs par semaine, amenèrent d'abord un peu d'amélioration, puis cette médication resta sans effets. Dans la pensée que la suie pourrait mieux réussir incorporée à la cire, il prescrivit un cérat à la suie; les mêmes phénomènes se produisirent. Les purgatifs continus avaient rétabli les fonctions digestives, et les forces étaient revenues insensiblement, mais l'état local restait le même; enfin, après quatre mois d'essais, M. Bougard eut l'idée d'essayer la glycérine pure, qui n'amena qu'un amendement passager, puis un mélange des deux produits : la glycérine et la suie en poids égal. Ce moyen, dit-il, eut un succès étonnant; après quinze jours de son emploi, l'eczéma était presque guéri, et la cure fut bientôt radicale. Depuis, à différentes reprises, l'auteur dit qu'il a fait usage de ce mélange dans l'eczéma des oreilles, du cuir chevelu, etc., et qu'il a toujours obtenu des résultats très-avantageux. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, sept.)

Grossesse (*Des indications des saignées et des ferrugineux dans la*). Nous avons publié en son temps le travail de M. Cazeaux sur la nature chlorotique des troubles fonctionnels qui, chez les femmes enceintes, sont généralement attribués à la pléthore. Sans partager entièrement les opinions de l'auteur, il nous paraissait qu'il ne pouvait y avoir que de l'avantage à faire réfléchir les médecins au sujet de cette pratique trop générale de la saignée dans la grossesse, et M. Cazeaux nous paraissait rendre un service à la science en montrant que, parmi ces femmes que l'on saignait d'une manière banale, il y en avait un grand nombre qui étaient affectées de chlorose et qui avaient plus besoin de fer que de saignées; mais lorsque, généralisant ce point de vue vrai, M. Cazeaux arrivait à rapporter à la chlorose les troubles fonctionnels attribués de tout temps à la pléthore, au lieu de leur assigner leur véritable cause, la grossesse, et lorsqu'il arrivait à bannir complétement la saignée de la pratique obstétricale, il était dans l'erreur, et les contradicteurs ne devaient pas lui manquer. MM. Paul Dubois et Jacquemier furent au premier rang, et, dans une thèse soutenue devant la Faculté, un jeune médecin, M. le docteur Caillet, a soumis la question à un nouvel examen.

M. Cazeaux, on le sait, s'était basé principalement sur les analyses du sang, sur la diminution des globules signalée par tous les expérimentateurs qui ont analysé le sang. Or, dans toutes les analyses, la diminution des globules n'est véritablement apparente, sensible, que dans les derniers mois de la grossesse. Que devient alors l'explication de M. Cazeaux? dit M. Caillet; pourquoi attribuer les troubles symptomatiques de la grossesse qui apparaissent le plus souvent dans les premiers mois à la chlorose, laquelle se manifeste, au contraire, dans les derniers mois de la grossesse? Pourquoi donc les mêmes symptômes, considérés comme troubles sympathiques de l'utérus s'ils se montrent dans la première moitié d'une grossesse, seraient-ils dus à la chlorose s'ils se montrent dans la seconde moitié? Mais est-il donc bien démontré que les symptômes de la grossesse et ceux de la chlorose sont identiques? A la rigueur, il est certains symptômes de la chlorose qu'on peut comparer à certains troubles de la grossesse. Mais n'est-il pas vrai que certaines femmes très-bien portantes présentent des troubles très-manifestes dans les quinze premiers jours de la conception, et que ces troubles ne rappellent pas, à beaucoup près, les principaux symptômes de la chlorose? Est-ce qu'on observe chez ces femmes, la décoloration des muqueuses et de la peau, la flaccidité des chairs, la bouffissure de la face et des extrémités, les bruits de souffle dans les vaisseaux, les douleurs névralgiques à type régulier? Enfin, d'après

M. Cazeaux, ajoute M. Caillet, son traitement viendrait donner raison à sa théorie; car, depuis six ans, une alimentation animale et l'administration des ferrugineux lui ont toujours paru aussi utiles contre les troubles fonctionnels de la grossesse que contre ceux de la chlorose. Mais n'est-il vrai cependant que M. Cazeaux, à l'imitation des accoucheurs ses prédécesseurs, proclamait autrefois la saignée comme un moyen par excellence contre les incommodités de la grossesse? De ces deux autorités, quelle est donc la meilleure? Sans doute, M. Cazeaux a raison pour les grandes villes : l'occasion de pratiquer la saignée pour la pléthore générale est assez rare dans la ville; mais restreinte dans les limites de certaines indications spéciales, elle est encore assez fréquente, s'il s'agit surtout de petites saignées.

Concluons, dit M. Caillet, que la chlorose peut exister et existe en effet dans certaines grossesses, qu'elle s'observe principalement dans les grandes villes, chez les femmes prédisposées à cette affection par leur genre de vie (dans ces cas, les toniques et les ferrugineux sont héroïques); mais il est impossible d'admettre avec M. Cazeaux que la grossesse prédispose nécessairement à la chlorose, que presque toutes les femmes enceintes sont chlorotiques et qu'on doit toujours leur donner du fer. C'est là une théorie de pure imagination, qui, sans contredit, a été utile en forçant le médecin à mieux observer, à mieux analyser les symptômes, mais qui, en voulant combattre l'étrange abus qu'on faisait de la saignée, nous ferait tomber dans un excès contraire; c'est au médecin à se tenir sur ses gardes et à rechercher attentivement les cas où il doit saigner, et ceux, au contraire, où il doit administrer les toniques et les ferrugineux. (*Thèses de Paris*, 1856.)

Hydrocéphale *chronique (Cas d') guéri par l'évacuation spontanée du liquide et l'emploi de l'huile de foie de morue.* Le fait suivant est un nouvel exemple de cure spontanée et qui vient à l'appui de la méthode formulée pour le traitement de l'hydrocéphalie par les ponctions à l'aide du trocart. L'épanchement était ici extérieur et par conséquent ne saurait diminuer le danger des ponctions à travers le tissu du cerveau. Quoi qu'il en soit, le cas n'en mérite pas moins d'être enregistré. Obs. Un enfant âgé de deux ans avait toujours eu une grosse tête et d'un aspect maladif; son père avait joui jusqu'alors d'une excellente santé, sa mère était scrofuleuse, et il avait eu plusieurs frères morts d'hydrocéphalie. Depuis quelques mois son appétit était capricieux; abdomen développé; fonctions intestinales dérangées; douleurs dans la tête, qu'il laissait fréquemment retomber. Il dormait mal, se réveillait souvent tout à coup en jetant un cri. Son pouls était fréquent et faible. Tout son aspect enfin présentait le cachet de la scrofule. (Calomel à l'intérieur, vésicatoire derrière le cou.) Graduellement la tête augmenta de volume, la fontanelle antérieure s'élargit beaucoup, les pupilles se dilatèrent, l'insensibilité aux impressions extérieures devint considérable, le pouls faiblit et la respiration fut gênée. Ces phénomènes s'aggravaient depuis cinq semaines, et M. Sedgwick désespérait de sauver le petit malade, lorsqu'un matin il le trouva beaucoup mieux. L'intelligence avait reparu, tous les signes de compression avaient cessé sous l'influence de la sortie d'un liquide clair qui s'était écoulé en grande quantité par les narines et avait inondé l'oreiller. Cet écoulement persista les jours suivants en diminuant peu à peu, et quelque temps après, l'enfant avait recouvré son état de santé habituel. — Un an après, la même série de symptômes se représenta, les mêmes tentatives thérapeutiques furent suivies du même résultat, et tout faisait présumer une terminaison funeste, lorsque de nouveau, au moment où la mort paraissait imminente, le même changement dans les symptômes se manifesta, coïncidant avec un écoulement de liquide par les narines. Tous les désordres du côté du cerveau disparurent, et grâce à l'emploi de l'huile de foie de morue, l'enfant engraissa et revint à un état de santé parfait. M. Sedgwick rappelle que M. Baron a publié dans le Medico-chirurgical Transactions un cas d'hydrocéphalie chronique dans lequel, à la dernière période, un liquide sanguinolent s'était écoulé par les narines. A la mort de l'enfant, on trouva une ouverture entre le crâne et les fosses nasales, à travers l'ethmoïde. (*Medical Times* et *Gaz. méd.*, septembre.)

Iode. *Mode d'administration propre à assurer l'innocuité des hautes doses.* Au début des essais thérapeutiques du nouveau médicament, la

teinture fut la seule préparation usitée. Son action agressive sur l'estomac lui a fait substituer à peu près l'iodure de potassium. Lorsqu'on juge l'iode et l'iodure d'après l'expérimentation clinique, on demeure convaincu que les deux produits sont loin d'avoir des effets identiques, et de ce qu'un des remèdes a été actif ou impuissant, on n'est pas en droit de conclure à l'activité ou à l'inefficacité de l'autre. Cette confusion regrettable tient à ce qu'on n'était pas éclairé sur le mode d'administration de la teinture d'iode. Dans l'article sur le rhumatisme noueux que nous avons analysé dans le répertoire du dernier numéro, M. Lasègue affirme, après des expériences multiples, que, même à des doses qui dépassent celles qu'on prescrit habituellement, l'injection de la teinture d'iode est exempte d'inconvénient; seulement, comme pour le fer, et encore plus que pour les préparations martiales, il doit être de règle absolue, dit M. Lasègue, de n'administrer d'iode qu'au moment des repas. L'estomac, à l'état de vacuité, le tolère difficilement, et il occasionne des gastralgies qui ont une frappante analogie avec celle que les ferrugineux provoquent chez certains malades. Puis, pendant le repas, il active la digestion plutôt qu'il ne l'entrave, et, sous ce rapport même, il ne serait pas déplacé parmi les stimulants digestifs. Jamais il ne cause ni douleurs, ni vomissements, ni diarrhées, ni accidents gastriques d'aucun ordre, quelle que soit la susceptibilité des sujets. La dose que M. Lasègue a prescrite a été élevée progressivement de 8 à 10 gouttes, deux fois par jour, à 5 et 6 grammes pendant le repas, en prenant pour excipient un peu d'eau sucrée, et de préférence du vin d'Espagne, qui masque mieux la saveur. Les effets physiologiques ont été parfaitement conformes à ce que Lugol avait signalé depuis longtemps avec une autorité trop vite oubliée. M. Lasègue n'a jamais pu reprocher ce mode d'administration ni ivresse iodique ni amaigrissement appréciable; les malades n'ont même jamais accusé le dégoût qu'entraîne si souvent un remède d'une saveur si prononcée que l'iode et longtemps continué. En un mot, l'influence exercée par la teinture d'iode ingérée à doses progressivement croissantes et en même temps que les aliments n'a pas de caractère commun avec les intoxications momentanées que déterminent les injections considérables de teinture dans les diverses cavités. Si nous revenons sur ces détails, c'est que, pour nous comme pour l'auteur, il n'est pas de petite recommandation en thérapeutique. La médication iodique s'adressant toujours à des affections chroniques doit être longtemps prolongée; or, la méthode que recommande M. Lasègue, en assurant l'innocuité d'un médicament puissant, est destinée à provoquer de nouveaux essais.

Ophthalmies (*Nouveau mode d'emploi du nitrate d'argent dans les*). Ce moyen, employé à Varsovie contre les blépharites, les conjonctivites et les kératites superficielles, consiste à appliquer sur les paupières du malade, couché préalablement sur le dos, de petites compresses pliées en deux et imbibées d'une solution de nitrate d'argent (5 grammes pour 30 grammes d'eau distillée); puis on applique par-dessus un petit tampon de coton et l'on fixe le tout avec une bande. Après une heure, on enlève l'appareil, on lave les yeux du malade, et, dans la majorité des cas, le traitement est terminé. — Nous doutons qu'un pareil traitement, quelque efficace qu'il puisse être d'ailleurs, ait quelque chance de s'acclimater parmi nous, à cause de la coloration des paupières qui en serait la conséquence. (*Ann. d'oculistique.*)

Quinine (*Des prétendus accidents produits par l'administration du sulfate de*), *contre l'intermittence dans les affections des voies urinaires.* Le sulfate de quinine exercerait-il une influence fâcheuse sur la vessie, et cette influence pourrait-elle être de telle nature qu'elle déterminât une inflammation vive de cet organe? Telle est la question que l'un de nos plus savants confrères, M. Ségalas, portait il y a peu de temps devant la Société médico-chirurgicale de Paris. D'après ce chirurgien, l'administration de ce sel fébrifuge, dans le but de couper des accès de fièvre intermittente, aurait suffi à développer une cystite chez des personnes qui n'avaient pas éprouvé antérieurement d'atteinte de cette maladie, et à révéler les symptômes de la pierre chez des personnes qui jusque-là n'avaient pu remarquer aucun signe de l'existence d'un calcul. D'où M. Ségalas concluait à la plus grande réserve dans l'administration des préparations quiniques chez les personnes prédisposées aux maladies des voies urinaires, et, à plus forte raison, aux personnes qui en sont affectées, même

lorsque ces personnes présentaient des accès de fièvre intermittente. Si nous relevons cette assertion de M. Ségalas, ce n'est pas qu'elle ait trouvé de l'appui au sein de la Société médico-chirurgicale de Paris, mais l'autorité si grande en pareille matière de ce chirurgien aurait pu exercer une influence fâcheuse sur l'esprit des médecins, et nous tenons à réfuter, au contraire, son assertion comme une des choses les plus dangereuses à laisser accréditer. N'est-il pas vrai et M. Ségalas n'a-t-il pas reconnu lui-même que les accès intermittents qui se lient aux affections des voies urinaires prennent assez souvent le caractère pernicieux et peuvent devenir très-rapidement funestes? Or, sur quoi s'appuie M. Ségalas pour refuser l'administration du sulfate de quinine? sur deux faits très-incomplétement observés : l'un pour lequel il n'a que l'assertion du malade, et l'autre dans lequel il rapporte au sulfate de quinine chez un vieillard le développement d'une cystite qui ne demandait peut-être qu'une occasion pour éclater. Sans doute, l'élimination du sulfate de quinine, qui se fait en grande partie par les voies urinaires, expose des surfaces déjà malades au contact d'une substance tant soit peu irritante; mais qu'on compare les résultats remarquables de cette pratique, les dangers qu'elle est susceptible de conjurer, et l'on sera tout disposé à se ranger du côté de ceux qui, comme nous l'avons fait dans ce journal, n'hésitent pas à recommander le sulfate de quinine contre l'intermittence dans les cas de ce genre, et qui, chez les personnes habituellement sujettes à ces accès intermittents et chez lesquelles une opération devient indispensable vers les voies urinaires, donnent hardiment le sulfate de quinine avant et après l'opération.

Au moment où nous terminons cette note, nous lisons dans le compte rendu des séances de la Société de médecine de Bordeaux, inséré dans le numéro de septembre de l'Union médicale de la Gironde un nouveau fait qui témoigne de l'exagération des craintes de M. Ségalas. Parmi les observations intéressantes communiquées par M. Cazenave, nous trouvons la suivante : un monsieur très-âgé, de l'arrondissement de Libourne, souffrait beaucoup et depuis longtemps pour uriner. Enfin l'émission devint impossible, et M. Cazenave fut appelé. Le cathétérisme fit découvrir la présence d'un calcul enchâssé dans le col, et qu'il fut impossible de repousser dans la vessie. Le malade avait la fièvre, il était épuisé; néanmoins il se rendit à Bordeaux pour être soumis aux soins assidus de notre confrère. Survinrent des accès de fièvre pernicieuse, que le sulfate de quinine combattit efficacement. Mais la faiblesse déjà très-grande augmenta : dépérissement, fièvre hectique, mort. A l'autopsie, la vessie fut trouvée *parfaitement saine*. Nous regrettons qu'on n'ait pas signalé l'état des reins. Plusieurs faits semblables, dont nous avons été témoin, nous font condamner la proscription de l'emploi du sulfate de quinine contre les phénomènes fébriles intermittents qui se manifestent dans les cas de maladies des voies urinaires.

Syphilis (*Influence qu'a la circoncision pour préserver de la*). Dans le choix du procédé opératoire à appliquer au phimosis, les praticiens doivent-ils se laisser guider exclusivement par la facilité d'exécution, ainsi qu'on l'a prétendu récemment encore dans une discussion de l'Académie? Les faits suivants, consignés dans un travail de M. Hutchinson, lèvent tous les doutes à cet égard. L'hôpital auquel ce médecin est attaché, situé dans une localité dans laquelle réside un grand nombre de juifs, lui offre un vaste champ pour juger de la prépondérance relative des différentes maladies les unes sur les autres; ainsi, pour les maladies vénériennes nous voyons que les individus appartenant à la religion juive sont dans la proportion d'un tiers sur le nombre total des malades admis dans l'établissement. Le tableau statistique de M. Hutchinson montre encore que les cas de syphilis présentés par les juifs sont seulement de un sur quinze. Quiconque connaît les résultats de la circoncision, qui est de durcir la membrane muqueuse délicate du gland et de lui donner l'apparence de la peau, se rendra compte facilement de cette circonstance; le médecin anglais, en appuyant la démonstration par des faits, la rend irréfragable. Ce même résultat se fait voir lorsque l'auteur rend compte de la proportion des cas de syphilis chez les femmes et les enfants nouveau-nés; aussi en voyant les ravages effrayants que fait la syphilis dans les grands centres de population, M. Hutchinson se demande s'il ne serait pas utile aux chrétiens d'adopter la pratique des juifs. Si la science n'a pas pou-

voir d'introduire la circoncision comme prophylaxie des maladies vénériennes, en s'appuyant sur les faits si incontestables de prévention dont cette pratique fait jouir les juifs, elle doit engager les médecins, dans les cas de phymosis chez les jeunes gens, à donner toujours la préférence au procédé de la circoncision. (*Medical Times and Gazette*, 1856.)

Utérus *gravide rétroversé* (*Deux observations de rétablissement spontané de l'*). En fournissant les preuves de l'importance du repos et de la position horizontale combinés sur la réduction du l'utérus gravide, notre intention n'est pas de signaler cette pratique comme le meilleur traitement. La lenteur d'action de ces moyens peut les faire considérer seulement comme agents de préparation aux manœuvres si inoffensives de réduction, lorsqu'on prend le soin de faire placer la femme sur les genoux et les coudes. Voici ces faits. Le premier a trait à une femme de quarante et un ans, mère de neuf enfants; les premiers accidents se manifestèrent à la suite des efforts auxquels elle dut se livrer pour tirer un seau d'eau. Outre une douleur subite ressentie dans la partie inférieure de l'abdomen, elle éprouva de la difficulté pour uriner. Quelques jours après, ayant fait une course dans un omnibus qui la secoua beaucoup, la miction devint impossible. A son retour chez elle, on pratiqua le cathétérisme, et on le répéta le lendemain. Cette pratique ayant été interrompue, l'urine en s'amassant dans son réservoir devait aggraver les accidents. La malade fut conduite à l'hôpital. Lorsque M. Ramsbotham la vit, il y avait quatre jours qu'elle n'avait pas uriné; quelques gouttes de liquide s'écoulaient par regorgement; la vessie remplissait la moitié inférieure de l'abdomen, et son fond s'élevait jusqu'à l'ombilic. Le chirurgien introduisit le cathéter et retira une énorme quantité d'urine. L'anxiété et la sensation de déchirement dans les aines diminuèrent, mais le col de l'utérus resta tourné en haut et derrière la symphise du pubis. On pratiqua régulièrement le cathétérisme. La femme fut maintenue scrupuleusement dans la position horizontale, et lorsque, le troisième jour, M. Ramsbotham se disposait à mettre en œuvre les moyens mécaniques, la malade urina spontanément et le toucher fit reconnaître que l'utérus avait abandonné la cavité sacréo. Le col avait repris sa position normale.

Le second fait est publié par M. Morris. Une dame au quatrième mois de sa grossesse, à la suite de grandes fatigues, fut prise de constipation et de rétention d'urine. Pendant trois semaines on obvia à ce dernier inconvénient en pratiquant le cathétérisme. Le 23 novembre, elle se réveilla en éprouvant des douleurs dans la région pelvienne, et ne put ni uriner ni aller à la selle. M. Morris fut appelé. Après le cathétérisme, il pratiqua le toucher. Ayant constaté l'enclavement du globe utérin au-dessous de l'éminence sacrée, et voyant qu'il résistait à ses efforts, ce praticien résolut d'employer le traitement indiqué par Denman. Il recourut fréquemment au cathétérisme et prescrivit des purgatifs. Il fit placer la malade en pronation, position dans laquelle elle était plus à l'aise qu'en supination. Ce ne fut qu'après avoir employé ces moyens pendant un mois que la réduction se produisit. La santé de la femme se rétablit et elle accoucha à terme d'un enfant vivant, mais très-faible et qui mourut peu temps après. L'auteur pense que s'il avait tenté de rétablir violemment l'utérus dans sa position normale, l'avortement aurait eu lieu. La violence n'est pas nécessaire dans ces cas, et certes il n'est pas d'une bonne pratique d'attendre pendant un mois que la réduction se produise spontanément. Le développement progressif du produit de la conception ajoute à la difficulté de la manœuvre, et la longueur du temps écoulé pendant le redressement spontané de l'utérus, dans le cas de M. Morris, peut avoir été pour quelque chose dans la mort de l'enfant. (*Medical Times and Gazette*, 1856.)

VARIÉTÉS.

EMPLOI ALIMENTAIRE DE LA VIANDE DE CHEVAL CHEZ UN GRAND NOMBRE DE PEUPLES DE L'ANTIQUITÉ, DU MOYEN AGE ET DE NOS JOURS.

Par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

Le cheval existe présentement à l'état libre ou sauvage en Asie, en Afrique, en Amérique, sur quelques points de l'Océanie et même de l'Europe; il est

presque partout à l'état domestique. De l'Asie, la plus noble des espèces que l'homme ait conquises sur la nature, s'est répandue sur toutes les autres parties du globe. Le champ de nos observations, de nos expériences sur l'emploi alimentaire de la viande de cheval, ne sera donc rien moins que le monde entier.

Voyons, dans chaque partie du monde, s'il est des peuples qui donnent place à la viande de cheval dans leur régime alimentaire.

Pour l'Afrique, et d'abord pour les chevaux sauvages qu'elle nourrit sur quelques points, nous avons l'autorité de Marmol. Dans les contrées qu'a visitées le célèbre voyageur espagnol, les chevaux sauvages, issus de chevaux domestiques rendus à la liberté, sont, dit-il, plus rares que les onagres, mais, comme eux recherchés pour les qualités de leur chair.

« Les chevaux sauvages sont fort rares et vivent dans les déserts d'Arabie et de Libye. Les Arabes les prennent pour des bêtes farouches (pour des gibiers) et les mangent ; et l'on dit que c'est une viande fort délicate quand ils sont jeunes. »

Mungo-Park a vu aussi des chevaux sauvages en Afrique ; les troupes qu'il rencontra étaient dans le voisinage de Simbing, petite ville frontière du royaume de Ludamar. « Là, dit Mungo-Park, nous vîmes un grand nombre de chevaux sauvages. Ils étaient tous de la même couleur. Les nègres leur font la chasse et se nourrissent de leur chair, qu'ils aiment beaucoup. »

Sur d'autres points, dans le royaume de Juida, les nègres, d'après le voyageur Philips, élèvent les chevaux comme animaux de boucherie. Ces animaux sont, dit-il, de petite taille, fort indociles, et propres seulement à servir de nourriture aux nègres.

Voici donc un pays où le cheval serait plutôt alimentaire qu'auxiliaire ; en un mot, un bétail.

Dans le nord de l'Afrique, les Maures et même les Arabes se nourrissent aussi de la viande de leurs chevaux, de leurs mulets, et quelquefois de leurs ânes. C'est ce qu'a vu notamment dans l'est de l'Algérie, vers la frontière de Tunis, un des membres de la Commission des sciences, M. Lucas, qui a séjourné ou voyagé pendant plus d'un an, pour ses recherches zoologiques, dans cette partie de nos possessions africaines. Une note que m'a remise ce savant entomologiste est ainsi conçue :

« Les Arabes et les Maures, population indigène, mangent du cheval et du mulet. J'ai vécu moi-même, pendant quatorze mois, pour moitié, de la viande de ces animaux. Je la préférais à celle du bœuf, qui, dans ce pays, est mal nourri. Elle donne un pot-au-feu très-bon, un rôti excellent. Je me suis étonné qu'en France on laissât perdre un aliment aussi bon et aussi abondant.

« Parmi les autres animaux, dont je me suis parfois nourri, sont l'âne, le bubale, le mouflon à manchettes, la gazelle et l'autruche. La viande des trois premiers est bonne, celle de la gazelle très-délicate ; celle de l'autruche est dure. »

Mêmes faits, pour le cheval en Amérique, et ici en très-grand nombre. Les chevaux sauvages ou demi-sauvages, où il en existe, ailleurs les chevaux domestiques, tiennent une grande place dans l'alimentation de plusieurs peuples de l'Amérique méridionale.

Pour les chevaux sauvages, nous devons recourir d'abord à l'ouvrage si justement célèbre d'Azara, et à l'histoire si complète qu'il nous a laissée des chevaux vagabonds des Pampas. Ce sont eux, dit Azara, qui « fournissent la subsistance » aux Indiens non soumis, « encore plus vagabonds et plus indociles qu'eux. »

Les bonnes qualités de la chair des chevaux américains sont de même attestées par plusieurs autres voyageurs; par exemple, par Dobrizhoffer, dans son ouvrage plus curieux que connu, *De Abiponibus, equestri bellicosaque Paraquariæ natione :*

Tot barbarorum millia, dit ce missionnaire, *citra ætatis sexusve discrimen equis insident quotidie. Indi australes (quis eorum inibit numerum ?) equis non vehuntur tantum, sed et vescuntur horis omnibus.*

Vous voyez que les peuples les plus adonnés à l'équitation ne sont pas, en Amérique, ceux qui apprécient le moins la viande de cheval; car il s'agit ici d'un peuple cavalier par excellence : *equestris et bellicosa natio,* dit Dobrizhoffer.

Plusieurs tribus brésiliennes ou voisines du Brésil vivent aussi en partie de viande de cheval. Les Guaycunitis, les Indiens au teint clair, préfèrent même cette viande à tout autre aliment, ainsi qu'il résulte de renseignements pris à la meilleure source : je les dois à M. Ferdinand Denis, auquel sont également familières l'histoire, la géographie et l'ethnographie brésiliennes.

M. Alcide d'Orbigny a bien voulu me donner aussi de précieuses indications sur deux des peuples qu'il a visités, les Patagons et les Puelches. La chair de cheval est chez les uns et les autres d'un usage habituel, et la viande des juments est même préférée à toute autre.

Mêmes faits encore dans la Bolivie. Non-seulement la viande de cheval est habituellement consommée par les Indiens, mais ils la préfèrent à celle de tout autre animal : « *Prefieren la carne del caballo à la de cualquier otro animal,* dit M. le docteur Rodriguez de la Paz, dans une note remise par lui à M. Delvaille, et que ce jeune et zélé naturaliste a insérée à la suite d'une publication toute récente.

Tout le monde sait, car Buffon rapporte ces faits d'après Frézier, que les Indiens du Chili mangeaient, au dix-huitième siècle, beaucoup de chevaux. De nos jours, M. Gay a trouvé cet aliment tout aussi habituellement employé, non-seulement au Chili, mais chez les Araucaniens. Eux aussi préfèrent la viande du cheval : *Prefieren la carne de caballo*, dit M. Gay, dans sa grande Histoire du Chili. La chair des jeunes est surtout estimée des Chiliens et des Araucaniens; mais il s'en faut de beaucoup que ces peuples dédaignent celle des adultes. Ils mangent parfois même les individus de tout âge qu'ils trouvent mis à mort par les couguars.

Il existe aussi en Amérique des chevaux, soit domestiques, soit libres, en dehors du continent. On en voit notamment un grand nombre vivant par troupes à l'état sauvage aux îles Malouines. Ils y sont chassés pour leur chair, non-seulement par les naturels, dont elle est un des aliments habituels et préférés, mais souvent par les navigateurs, heureux de pouvoir s'en nourrir durant leurs relâches. Elle a été surtout d'une grande ressource, en 1820, pour les officiers et l'équipage de l'*Uranie*, obligés, par le naufrage de ce bâtiment, de séjourner plusieurs mois aux Malouines, durant l'expédition autour du monde, commandée par M. Freycenet. La note suivante m'a été remise par un des célèbres médecins et naturalistes de l'expédition, M. Gaimard :

« Il existe aux Malouines beaucoup de chevaux sauvages provenant de ceux qui ont été autrefois introduits par les Espagnols. Ils sont très-bons. Les adultes sont bons aussi, mais les poulains bien meilleurs. Beaucoup d'entre nous les préféraient aux oies du pays. Nous étions partagés à cet égard. »

Dans l'Océanie, nous trouvons à Sumatra que la viande de cheval n'est pas

seulement employée comme alimentaire; elle est très-recherchée, et c'est Marsden qui nous l'apprend lorsque, dans son Histoire de Sumatra, il traite des Battos :

« Ils estiment, dit-il, la chair de leurs chevaux comme le mets le plus délicieux, et c'est pourquoi ils les nourrissent avec beaucoup de soin, leur donnant des grains et les tenant toujours propres. Le pays en fournit une grande quantité, et les Européens en tirent beaucoup de bons, mais pas les meilleurs, qui sont réservés pour les fêtes. »

Pour l'Asie, il existe un témoignage fort ancien et qu'on ne saurait récuser, celui d'Hérodote. Chez les anciens Perses, non-seulement le peuple, mais toutes les classes de la société se nourrissaient de la viande du cheval et de celle de l'âne, comme de celle du bœuf et du chameau , et les premières de ces viandes figuraient aussi bien que celles-ci dans les repas solennels par lesquels on célébrait les plus grandes fêtes, celles des jours de naissance. C'est ce qu'Hérodote rapporte en ces termes :

« On estime parmi eux que, de tous les jours, il faut particulièrement célébrer celui de sa naissance, et qu'on est obligé de mettre ce jour-là plus de viandes sur la table que les autres jours. Aussi les riches y font servir des bœufs, des chameaux, des chevaux et des ânes rôtis tout entiers. Mais le jour de la naissance n'est pas funeste à de si grosses bêtes parmi les pauvres, car ils n'en célèbrent la fête qu'avec de petits animaux. »

Ces petits animaux étaient des moutons maigres; selon Athénée, qui donne de ce passage une version un peu différente.

L'usage alimentaire de la viande de cheval remonte donc, chez les peuples asiatiques, à la plus grande antiquité, et il s'est perpétué jusqu'à nos jours dans un grand nombre de contrées; si bien qu'en Asie il n'est pas moins répandu qu'ancien. On mange le cheval depuis l'extrême Orient jusqu'aux monts Ourals.

Les Chinois eux-mêmes ne font pas exception, comme pourrait vous le faire croire le curieux passage du *Pen-thsao*, que j'ai mis sous vos yeux dans ma sixième *Lettre*. Les gens riches mangent les juments sauvages, dont la chair est servie sur les tables les plus recherchées, avec le gibier, les volailles et les nids de salanganes. Quant au peuple, il se nourrit, faute de mieux, de celle des chevaux domestiques. Il laisse les savants disserter sur les qualités différentes de la viande, selon le pelage de l'animal qui la fournit, et s'il ne rit pas, comme vous l'auriez fait, de leurs menaces de folie et de mort, il s'en préoccupe assez peu pour qu'on le voie manger, à peu près indifféremment, les « chevaux entièrement blancs » que permet, à la rigueur, l'hygiène chinoise, et les « blancs à tête noire ou à jambes tachetées » qu'elle prohibe si sévèrement. Les Chinois font plus : ils mangent ceux qui sont morts naturellement, soit de vieillesse, soit même de maladie. C'est ce qu'attestent plusieurs voyageurs, et particulièrement le père Duhalde :

« Le peuple, dit-il, s'accommode fort de la chair des chevaux, quoique morts de vieillesse ou de maladie. »

« Et il en est de même, ajoute-t-il, des chiens, dont les Chinois élèvent, pour la boucherie, une race nourrie seulement de végétaux. Duhalde place ici sur la même ligne le chien et le cheval domestique; mais l'un et l'autre ne viennent qu'après le cochon, « base des repas des gens riches, qui ont soin de s'en bien régaler. » La viande de première qualité, c'est donc, en Chine, celle du cochon; le cheval et le chien sont ce qu'on appellerait parmi nous des viandes de basse boucherie.

Les peuples des autres régions de l'Asie, particulièrement du nord et de l'ouest, et même aussi ceux du nord et de l'est de l'Europe (car nous ne saurions ici maintenir la division tout artificielle de ces deux parties du monde), sont beaucoup plus favorables à la viande de cheval. Elle passe chez eux pour très-bonne, et ici les témoignages sont si nombreux que nous n'en finirions pas s'il fallait les énumérer tous. La chair, parfois le sang des chevaux, des juments, des poulains, sont des aliments en usage chez tous les peuples de ces régions, et aussi bien chez ceux de race caucasique que chez ceux de race mongolique.

Parmi ces peuples, ceux qui ont à leur portée des troupes de chevaux sauvages les chassent et les mangent, comme on le fait des hémiones et des ouagres dans d'autres parties de l'Asie ; c'est encore Pallas qui l'atteste, et dans plusieurs passages. Je me bornerai à en citer un :

« On trouve beaucoup de Tatars parmi les Cosaques qui résident à Bouzeulouk. Ils s'occupent à chasser les chevaux sauvages dans les cantons montagneux et déserts de la lande. Ils mangent les chevaux qu'ils tuent. Ces chevaux sauvages doivent leur origine aux chevaux privés qui se sont égarés dans le pays. »

Est-il besoin d'ajouter que ce qui avait lieu à l'époque de Pallas, en 1769, a encore lieu de nos jours sur les mêmes points et sur d'autres ? Les mœurs d'un peuple, dans l'Orient surtout, ne changent pas si vite. Nous avons d'ailleurs sur ce point plusieurs témoignages qu'Hippolyte Cloquet résume ainsi dans un article érudit sur le cheval, considéré au point de vue médical :

« Aujourd'hui même, quelques nations d'Asie, les Mongoux et les Mandchoux, aussi bien d'ailleurs que les Cosaques du Jaïd, vont à la chasse des chevaux sauvages dans les steppes, et en mangent la chair. »

Beauplan a vu les mêmes faits en Ukraine.

La chasse aux chevaux sauvages se fait aussi, ou du moins se faisait il y a peu de temps encore, plus près de nous, en Pologne, ainsi que l'atteste un de nos plus érudits et de nos plus célèbres vétérinaires, Huzard, ou plutôt le voyageur Michaelis, auquel Huzard emprunte ce fait :

M. Michaelis remarque, sur le témoignage de certains seigneurs polonais, « que dans la partie méridionale de la Pologne, on mange la chair des chevaux sauvages que l'on y tue à la chasse, et qu'on trouve de très-bon goût. »

Parmi les peuples chez lesquels le cheval domestique est un animal essentiellement alimentaire sont les Kalmoucks, dont les mœurs ont été si bien observées par Bergmann. On peut traduire ainsi ce que rapporte ce voyageur :

« Les Kalmoucks ne boivent pas seulement le lait des juments, ils en mangent aussi la chair. Outre les juments stériles, ils tuent aussi de vieux chevaux inutiles ; mais jamais les jeunes chevaux hongres et les juments dressées. La viande de cheval passe chez les Kalmoucks pour supérieure à toutes les autres viandes. »

Chez les Iakutes, on mange aussi des chevaux, et la viande en est trouvée très-bonne ; mais il est rare qu'on tue même les juments stériles et les vieux chevaux. C'est ce qu'affirme Gmelin, qui avait visité les Iakutes et séjourné parmi eux :

« Ils n'élèvent point de cochons, parce qu'ils n'en aiment pas la chair. Les moutons sont rares chez eux. Ils mangent la chair de cheval et de vache, et ce n'est ordinairement que lorsque ces animaux meurent de maladie ou par accident. »

Fait que confirme Huzard d'après d'autres documents, et auquel il ajoute cette remarque :

« Les Tartares Iakutes préfèrent même la chair des chevaux morts à la viande de vache et de bœuf. »

Le même savant dit aussi :

« On trouve dans les relations des voyageurs que les Cosaques, les Tartares et plusieurs autres s'en nourrissent aussi. Les prêtres des Bachkirs, peuple de Sibérie, mangent la chair des chevaux qui ont été sacrifiés. Chez les Tartares Usbecks, la tête du cheval est un morceau pour les gens de qualité, et chez les Arabes, la tête du poulain est un mets délicat. »

Pour les Tartares, Larrey va jusqu'à dire :

« La chair des chevaux est la principale nourriture des peuples de la Tartarie asiatique. Tout le monde le sait, » ajoute l'illustre chirurgien.

Les princes tartares, le Khan lui-même, se nourrissent de viande de cheval comme le peuple, mais seulement de morceaux plus choisis. Cette viande est servie même dans leurs festins, et lorsqu'ils ont des invités qu'ils veulent bien traiter. « D'excellentes côtes de cheval fumées » furent, par exemple, un des mets servis à l'envoyé de France, le baron de Tott, lorsqu'il fut admis à la table du Khan.

Dans quelques parties de l'Ukraine, d'après Beauplan, le cheval est le premier des animaux de boucherie. Quoiqu'on ne tue que les chevaux malades ou hors de service, leur viande, préférée à celle du bœuf ou de la brebis, tient une place importante dans l'alimentation du peuple.

Citons enfin, pour terminer, trois témoignages tout récents, relatifs aussi à des points différents de l'empire russe, soit en Asie, soit en Europe.

Le premier est celui de M. Le Play. Dans les nombreux voyages dont le grand ouvrage déjà cité a été le fruit, ce célèbre économiste a vu plusieurs peuples asiatiques, non-seulement manger habituellement de la viande de cheval, mais en faire servir, comme un mets de choix, dans leurs repas de fête, ou lorsqu'ils reçoivent des étrangers. C'est ce qui a lieu notamment chez les Bachkirs du versant asiatique de l'Oural. Chez eux :

« On considère comme un grand régal un mets composé de viande de cheval et de pâte de farine bouillie avec du sel.

« J'ai vu dans l'Orient des populations qui vivent presque exclusivement de viande de cheval et de lait de jument, » dit aussi M. Le Play, dans une lettre dont j'ai précédemment cité quelques mots.

Le second témoignage que j'invoquerai est celui de M. Fontanier, qui a été successivement consul de France sur divers points de l'Asie, et qui exerce aujourd'hui les mêmes fonctions à Civita-Vecchia. J'ai écrit la note suivante sous sa dictée :

« En 1823, M. Péroffsky, gouverneur de la province de Tauride (Crimée), fut invité à un grand repas par un chef du pays. On crut ne pouvoir le mieux traiter qu'en abattant un poulain. Nous trouvâmes généralement la viande bonne.

« Les Tartares Nogaïs abattent les chevaux, en emportent dans leurs courses des morceaux crus sous leur selle, et, après les avoir ainsi mortifiés, les mangent. C'est chez eux une nourriture fort ordinaire.

« Les chevaux de ce peuple sont demi-sauvages; on les lâche dans les steppes quand on n'en a plus besoin. Quand on les veut, on les prend au lasso. C'est presque comme en Amérique. »

Le dernier voyageur contemporain que je citerai est un de mes honorables col-

lègues dans le conseil de la Société impériale d'acclimatation. M. le baron de Montgaudry, petit-neveu de notre immortel Buffon, a vu en Wettéravie la viande de cheval employée avec avantage comme aliment. Dans cette partie de l'Allemagne, on en fait principalement des saucissons et de « bon bouillon. » Toutefois on n'abat d'ordinaire, en Wettéravie, que les chevaux blessés ou impropres au service.

En Europe encore, mais plus loin de nous, M. de Montgaudry a aussi constaté par lui-même que les Cosaques se nourrissent volontiers de leurs chevaux, particulièrement du sang qu'ils leur tirent après les avoir fait longtemps courir.

Derniers et curieux vestiges, sur quelques points de l'Europe, de coutumes qui ont autrefois très-généralement régné en Europe et en Asie, et auxquelles se rapportent ces vers si connus de Virgile :

... Ferire pedis salientem sanguine venam :
Bisaltæ quo more solent, acerque Gelonus,
Et lac concretum cum sanguine potat equino ;

ce passage encore plus souvent cité, d'Horace :

Visam Britannos hospitibus feros
Et lætum equino sanguine Concanum ;

ce vers de Martial :

Venit et epoto Sarmata pastus equo ;

ceux-ci, de Sidoine Apollinaire :

Solitosque cruentum
Lac potare Gotas ac pocula tingere venis ;

et un grand nombre d'autres passages des historiens et géographes anciens sur les hippophages, c'est-à-dire sur ces peuples, la plupart asiatiques, d'autres Européens ou communs aux deux parties septentrionales de l'ancien continent, qui se nourrissaient du lait, du sang, de la chair de leurs chevaux.

L'érudit Pelloutier a donné, dans son Histoire des Celtes, un savant résumé de la plupart des passages de ces auteurs, et je ne saurais mieux faire que de le lui emprunter :

« Les Sarmates... étaient toujours à cheval. On les voyait vendre, acheter, tenir leurs assemblées, expédier leurs affaires, faire leur vente, prendre leurs repas et leur sommeil sur leurs chevaux. Il y avait plusieurs de ces nations qui habitaient le long du Danube et dans le voisinage de la Grèce, et on ne doute pas que ce ne soit la véritable origine des Centaures. La chair crue servait de nourriture aux Sarmates ; ils la faisaient mortifier en la mettant sous leurs cuisses, sur le dos du cheval. Un de leurs mets les plus délicieux était le lait et le sang de cavale mêlés ensemble. »

Les Celtes avaient des troupeaux de toute sorte de bétail. Les Sarmates, au contraire, ne nourrissaient que les chevaux ; ils en tiraient la plus grande partie de leur subsistance. La chair de cheval, le lait et le fromage de cavale étaient leurs aliments les plus ordinaires. L'usage de faire rôtir ou bouillir la chair leur était inconnu. Les uns la mangeaient crue ; les autres se contentaient de la mortifier, en la tenant pendant quelques heures sous leurs cuisses, sur le dos des chevaux qu'ils montaient. Etaient-ils pressés par la faim ; ils ouvraient la veine du cheval sur lequel ils étaient montés. Les peuples qui mangeaient la chair de cheval, qui se nourrissaient de lait et de sang de cavale étaient Sarmates ; mais plusieurs des peuples celtes qui étaient autrefois voisins des Sarmates avaient adopté, en tout ou en partie, les coutumes de ces derniers. Les

Quades et les Vandales, qui étaient des peuples germains, faisaient beaucoup de cas de la chair de cheval. »

Tel était, dans les temps anciens, le régime alimentaire de plusieurs peuples en Germanie, et tel nous allons le retrouver jusque dans le moyen âge. Si les témoignages sont ici moins nombreux, ils sont en revanche, s'il est possible, plus incontestables encore; car nous pouvons apporter en preuves deux lettres heureusement conservées, de deux papes du huitième siècle. Toutes deux sont adressées à saint Boniface, apôtre de la Germanie, et dirigées contre l'usage de la viande de cheval, qui, lié à d'anciennes pratiques religieuses, faisait alors obstacle à la propagation du christianisme dans le centre et le nord de l'Europe. « Post sacrificia peracta, comessationes celebrabantur, » comme le dit un auteur aujourd'hui trop oublié, George Keysler : après le sacrifice, le festin ; et la victime passait de l'autel à la table, où devait la suivre, pour les apôtres chrétiens, « l'horreur des faux actes de religion et de tout ce qui y entre. »

La première lettre est de Grégoire III ; j'en cite textuellement le principal passage :

« *Inter cætera* agrestem caballum aliquantos comedere *adjunxisti*, plerosque et domesticum. *Hoc nequaquam fieri deinceps*, *sanctissime frater*, *sinas*, *sed quibus potueris*, *Christo juvante*, *modis per omnia compesce*, *et dignam eis impone pœnitentiam*. Immundum *enim est atque* exsecrabile. »

Il serait difficile d'imaginer une prohibition plus absolue et des paroles plus énergiques d'anathème et de menace. Elles ne suffirent cependant pas pour triompher du goût des Germains. La chair du cheval resta leur mets de prédilection : « Imprimis in deliciis, » comme le dit Keysler. On continua si bien, même parmi les Germains convertis, à manger de la chair de cheval, et surtout du cheval sauvage, qu'il fallut, sous le règne suivant, une nouvelle intervention de l'autorité papale. Il y a trois gibiers dont l'usage est surtout condamné par le successeur de Grégoire, Zacharie Ier, dans une lettre adressée aussi à saint Boniface, et ces trois gibiers sont le bièvre ou castor, le lièvre et le cheval sauvage. « Fibri et lepores et equi sylvatici multo amplius vitandi, » dit la lettre pontificale.

La Germanie ne fut cependant pas la contrée de l'Europe où l'usage alimentaire de la viande de cheval tint le plus longtemps contre les prohibitions papales et épiscopales. D'après le même Keysler et d'après Pelloutier, l'attachement des Islandais aux anciennes coutumes, et surtout au régime alimentaire de leurs ancêtres, se montra tellement vivace qu'on dut renoncer à l'extirper, si ce n'est à la longue. Par une transaction dont il n'y a pas d'autre exemple connu, ils furent admis au baptême sans être obligés de renoncer à l'usage de la viande « immonde et exécrable. »

Une exception, dit-on, ne prouve rien ; celle-ci, au contraire, bien qu'unique, est très-significative et d'une très-grande importance à notre point de vue. Elle suffit pour lever un doute qui a pu s'élever dans votre esprit ; elle assigne son véritable caractère à l'interdiction prononcée par les papes contre la viande de cheval. Il est clair que dans leur pensée même, il s'agissait ici d'une mesure temporaire et localement utile à l'expansion du christianisme en Europe, et nullement d'une règle d'hygiène, encore moins d'une loi morale ; car l'une ou l'autre eût dû être et eût été partout et invariablement maintenue. Il peut y avoir des nécessités politiques ou gouvernementales différentes, selon les temps et les lieux, et pour les chefs de l'Eglise, comme pour ceux des Etats laïques, c'est sagesse que d'en tenir compte ; mais avec l'hygiène, toute transaction se-

rait homicide; avec la morale, elle serait impie, et l'Eglise n'eût pu admettre ni l'une ni l'autre.

Il est curieux de voir, dans la lettre de Zacharie, la viande du lièvre associée à celle du cheval dans la même prohibition, et l'usage de toutes deux également puni de peines sévères. Prohibition bientôt levée, à ce qu'il semble, et dont il ne reste plus aujourd'hui que le souvenir pour la viande de lièvre. « On s'est relâché par rapport à l'usage de cette dernière, » disait en 1721 le Journal des savants, d'après Keysler, «parce que la religion n'y était pas si intéressée ; mais nos ancêtres ont continué d'être privés de la chair de cheval, et cela à leur grand préjudice : « Magno rei familiaris detrimento, frustati sunt majores nostri ! »

Je m'arrête ici, et aussi bien, parti de l'Afrique pour revenir à l'Europe, j'ai presque achevé le tour du monde, constatant les mêmes faits chez les peuples les plus divers. Je vous ai montré le cheval alimentaire en même temps qu'auxiliaire, parfois même seulement alimentaire dans les cinq parties du monde, et pour l'Europe elle-même, autrefois sur une multitude de points, aujourd'hui encore dans le nord et dans l'est, et jusqu'en Allemagne.

On avait vu dans l'emploi alimentaire de la viande de cheval un fait exceptionnel et anormal, propre à un petit nombre de peuples. N'ai-je pas le droit de dire qu'il faut aujourd'hui renverser les termes de cette proposition ? L'exception c'est, tout au contraire, ce qui a lieu parmi nous : c'est le délaissement, l'abandon à des usages secondaires, d'une chair que tous ceux qui en ont essayé déclarent saine et de bon goût. L'anomalie, c'est la condition, à ce point de vue des nations les plus civilisées de l'Europe centrale et occidentale, impuissantes, avec toute leur science et toute leur industrie, à produire la viande nécessaire à leur alimentation, et sacrifiant celle qu'ils ont toute produite et en abondance sous la main à une vieille croyance, à un déplorable préjugé qu'on ne trouve que chez elles.

L'AUSCULTATION APPLIQUÉE AUX MALADIES DE L'OREILLE INTERNE,

Par M. Gendrin.

Tous les médecins savent qu'il est le plus souvent impossible de reconnaître les lésions profondes de l'organe de l'ouïe. J'appelle l'attention de l'Académie sur un mode d'exploration qui donne pour ces lésions des signes diagnostiques dont j'ai vérifié bien des fois l'exactitude depuis dix ans. Je recueille, à l'aide du stéthoscope ou même par mon oreille appliquée immédiatement sur celle du malade, les bruits que fait naître dans l'oreille moyenne de la personne que j'examine la propagation des vibrations sonores de la respiration, de la toux, de la voix, du sifflement labial, modifiées à dessein de diverses manières. Je prend soin de rendre la propagation de ces vibrations sonores plus complète, en fermant les narines du malade. Comme les qualités de ces bruits varient avec les conditions physiques des cavités et des membranes qui les transmettent, j'en déduis des signes pathognomoniques pour les diverses régions des organes.

Dans l'état physiologique, chaque expiration fait retentir dans l'oreille moyenne un bruit de souffle grave, doux, éloigné, qui s'éteint avant la fin du mouvement expiratoire. Si la membrane du tympan est perforée, ce bruit devient aigu, sec, parfois même sibilant, et plus prolongé. La trompe est-elle rétrécie, il devient intermittent et le souffle expiratoire semble alors formé de plusieurs souffles successifs, qu'accompagnent d'ailleurs, dans le plus grand nombre des cas, des bulles crépitantes dues à des mucosités contenues dans le pavillon de la trompe ou dans la caisse du tympan. On entend aussi des crépitations dans la carie de l'oreille interne ou lorsqu'il s'est formé, soit dans l'oreille interne même, soit dans les cellules de l'apophyse mastoïde, un foyer communiquant avec la caisse et la trompe non oblitérées ; mais, dans ces cas, les crépitations sont graves et humides.

Les secousses expiratoires de la toux rendent plus brefs, plus nets, et par conséquent plus faciles à percevoir, les bruits anormaux qui se rapportent aux diverses lésions internes de l'oreille, dans les expirations simples.

L'inspiration ne produit pas de vibrations sonores perceptibles dans les organes de l'ouïe sains. Mais si le tympan est percé, la trompe restant d'ailleurs perméable, on constate dans l'oreille, pendant l'inspiration, un souffle sibilant fort aigu et mêlé de crépitations humides, dont le malade lui-même a souvent conscience.

La voix, entendue dans l'oreille, paraît plus grave et un peu vibrante; elle est entrecoupée de fréquentes intermissions, qui séparent brusquement les mots et même les sons syllabiques. Elle dégénère en un murmure confus et inarticulé si la trompe est rétrécie ou si la caisse est remplie par des mucosités, par du pus ou par l'exostose centrale du rocher. Elle s'éteint et ne s'étend plus si la trompe est bouchée. Elle est sifflante et s'accompagne de bulles crépitantes quand la membrane du tympan est rompue.

Dans l'état physiologique, le sifflement labial est transmis par l'oreille moyenne comme un souffle sibilant aigu venant de très-loin. Il arrive affaibli et entrecoupé d'intervalles silencieux ou presque muets si la trompe est rétrécie; et si elle est obstruée, il ne s'entend plus du tout. Au contraire, dans les cas où la membrane du tympan est détruite, le canal de la trompe demeurant d'ailleurs libre, le sifflement devient très-aigu et paraît se rapprocher : il semble au médecin que le malade lui siffle dans l'oreille.

Dans la plupart des cas on peut vérifier les bruits anormaux en auscultant comparativement l'une et l'autre oreille; car il est bien rare de rencontrer des deux côtés et au même degré la même lésion.

L'Académie des sciences trouvera dans cette lettre un exposé suffisant, quoique succinct, des nouveaux signes diagnostiques que je propose pour les maladies internes de l'oreille. Je la prierai donc d'en décider le renvoi à la Commission des prix, si toutefois elle le juge digne d'examen.

M. Bouchacourt vient d'être nommé à la chaire d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants, vacante à l'École de médecine de Lyon par le décès de M. Culrat. M. Barrier remplace M. Bouchacourt comme professeur adjoint de clinique chirurgicale, et M. Valette, chirurgien en chef de la Charité, est nommé professeur suppléant. M. Valette sera spécialement attaché au service d'accouchements et de chirurgie.

On sait qu'aux termes du nouveau règlement sur les Facultés, les concours d'agrégés pour les trois Facultés se font devant un jury unique siégeant à Paris. Le prochain concours doit, ainsi qu'on se le rappelle, s'ouvrir à Paris le lundi 5 novembre prochain. Le ministre de l'instruction publique vient de nommer membres du jury de ce concours, savoir : *juges titulaires :* MM. Dumas, professeur honoraire de la Faculté, vice-président du Conseil impérial de l'instruction publique, *président ;* Gavarret, professeur de physique médicale; Wurtz, professeur de chimie; Moquin-Tandon, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris; Bérard, doyen et professeur de chimie et de toxicologie; Benoît, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier; Kuss, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg; Rayer, membre de l'Institut; Claude Bernard, membre de l'Institut, professeur au Collége de France et à la Faculté des sciences de Paris. — *Juges suppléants :* MM. Soubeiran, professeur de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris; Bussy, membre associé de l'Institut, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; Coste, membre de l'Institut, professeur au Collége de France; de Quatrefages, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux dont les noms suivent ont été nommés membres du jury du concours de l'internat : MM. Delasiauve, Jobert (de Lamballe), Barthez, Lenoir, Béhier.— *Juges suppléants :* MM. Chassaignac et Bazin.

L'Ecole de médecine du Caire, dont un décret récent du vice-roi d'Egypte a ordonné la réorganisation, a tenu sa séance de réouverture le 10 septembre dernier. Cette solennité a eu lieu dans l'antique hôpital de Caserleni, sous la présidence d'Ethem-Pacha, gouverneur du Caire et ministre de l'instruction publique, entouré des chefs de la religion (ulémas). Les honneurs de la séance ont été pour Clot-Bey, le fondateur et le réorganisateur de cet établissement.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des hydropisies, suites de fièvres intermittentes, et de leur traitement, spécialement de l'acétate de potasse à haute dose.

Par le docteur Thibeaud, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

Les épanchements de sérosité dans le tissu cellulaire et dans les grandes cavités séreuses, les hydropisies, sont dus à des causes diverses. Les travaux des médecins modernes, et particulièrement les recherches de l'anatomie pathologique ont conduit à constater ce fait général, qui avait été reconnu par les expérimentations des physiologistes, l'oblitération des troncs veineux ou des veines de certains viscères, comme cause du plus grand nombre des hydropisies. Cependant l'hématologie, venant à l'appui de l'opinion des médecins antérieurs à notre siècle, a reconnu, comme une autre cause d'hydropisie, l'altération du sang, la prédominance de sa partie séreuse sur le cruor et les globules. Cette anémie, ou, pour nous servir de l'expression de M. Piorry, cette hydrohémie qui survient dans la chlorose et chez les sujets atteints depuis longtemps de fièvres intermittentes amène assez souvent à sa suite l'œdème des extrémités inférieures, puis l'anasarque, quelquefois enfin, mais plus rarement, des épanchements dans les cavités séreuses. Quelque danger qu'elles fassent courir aux malades, les hydropisies ainsi produites sont susceptibles de guérison, et l'absence de lésion des grands viscères et des gros troncs veineux permet aux médicaments d'agir avec une grande efficacité.

C'est spécialement dans l'emploi des moyens propres à activer la sécrétion urinaire que le médecin a recours dans les cas de ce genre. Les médicaments diurétiques sont nombreux, la matière médicale est riche en ce genre. Notre but n'est pas d'examiner en particulier chacune de ces substances, d'analyser et d'étudier leur valeur; nous avons voulu seulement rappeler à l'attention des médecins un médicament autrefois fort vanté, oublié, pour ainsi dire, depuis, et qui nous paraît devoir reprendre son rang en thérapeutique. Nous voulons parler de l'acétate de potasse, terre foliée de tartre de l'ancienne chimie. Il mérite, d'après les auteurs du Traité de thérapeutique, MM. Trousseau et Pidoux, d'occuper une place assez importante parmi les diurétiques. Employé jadis avec beaucoup de faveur, il est aujourd'hui presque tombé dans l'oubli. Les doses indiquées dans le formulaire de Bouchardat, dans l'ouvrage que nous venons

de citer, dans toutes les matières médicales modernes, sont de 4, 6, 10 grammes. Les médecins qui nous ont précédés le donnaient à des doses bien plus fortes. C'est là probablement la cause des succès qu'ils lui attribuent. Toutefois, ce n'est qu'après avoir lu dans la Matière médicale de Desbois de Rochefort le passage suivant, que nous avons été conduits à prescrire ce médicament à doses plus élevées que celles auxquelles on le donne aujourd'hui, et c'est alors que nous avons obtenu des effets remarquables.

« La terre foliée de tartre, dit Desbois, s'emploie dans les hydropisies, les engorgements du bas-ventre, les coliques hépatiques, etc. Mais, pour en retirer du succès, il faut qu'elle soit donnée à certaine dose, et continuée pendant longtemps. La médecine française, d'ailleurs très-sage et très-savante, est trop timide à l'égard de ce remède comme à l'égard de beaucoup d'autres. La terre foliée est très-soluble, et peut se donner à la dose de 2 gros, demi-once, 1 once et plus par jour. A la dose d'une demi-once, c'est un excellent diurétique, très-utile dans beaucoup d'hydropisies. » (Desbois de Rochefort, Matière médicale, t. II, p. 122.)

Il y a une vingtaine d'années, dans une salle de militaires dont nous fûmes appelé à faire le service, se trouvait un jeune soldat d'une forte constitution, atteint depuis plus d'un mois d'anasarque et d'ascite. La sérosité épanchée dans le péritoine était très-abondante, les parois de l'abdomen fortement distendues, la fluctuation des plus manifestes. On avait employé sans succès contre cette maladie, qui s'était développée à la suite de fièvres intermittentes prolongées, divers diurétiques, des purgatifs; toute médication intérieure était à peu près abandonnée alors que nous prîmes le service. L'examen du malade nous porta à croire que l'anasarque et l'ascite n'étaient qu'une conséquence de la cachexie paludéenne. Il n'existait aucune altération organique des viscères de l'abdomen ; de plus, le cœur ne présentait rien d'anormal. Nous rappelant le passage cité de Desbois, nous administrâmes immédiatement l'acétate de potasse, d'abord à 6, 8 grammes, puis, en quelques jours, à 12, 15, 30 à 40 grammes dissous dans deux à trois litres de tisane d'orge et de chiendent. La diurèse fut abondante et s'établit rapidement ; en dix à douze jours l'ascite et l'anasarque étaient guéries, il ne restait plus rien d'une maladie nécessairement grave, et qui avait été jusque-là rebelle à tous les traitements.

Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas analogues. Nous allons en faire connaître quelques-uns.

Obs. II. Peltier, maçon, âgé de quarante-deux ans, entré à l'Hôtel-Dieu le

24 décembre 1841, est placé dans la salle de clinique. Atteint depuis trois mois de fièvre intermittente, d'abord à type quotidien, puis tierce, il a pris, à différentes fois, du sulfate de quinine. Les accès ont été suspendus, mais il a éprouvé plusieurs rechutes. A la suite de l'une d'elles, il y a trois semaines environ, de l'œdème commence à se montrer aux extrémités inférieures.

Du 20 au 28 décembre, le malade a un accès fébrile chaque jour, précédé d'un léger frisson, mais cet accès est faible et s'éteint graduellement au bout de cinq à six jours, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours au quinquina. L'anasarque s'étend jusqu'à la face; il existe de la fluctuation à l'abdomen. Le lendemain de l'entrée, on administra, comme purgatif, 15 grammes de crème de tartre, et pour boisson une tisane nitrée.

Malgré la cessation de la fièvre, l'anasarque et l'ascite persistèrent. On commença l'emploi de l'acétate de potasse le 28 décembre, d'abord à la dose de 4 grammes dans un demi-litre de tisane simple, puis on porta rapidement la dose à 6, 8, 16 et 40 grammes, en prenant soin d'étendre ces fortes doses dans 2 à 3 litres de tisane, que le malade buvait en vingt-quatre heures.

Le 3 janvier, le médicament étant alors porté à 30 grammes, les urines commencèrent à devenir un peu plus abondantes; les 4 et 5 elles le furent beaucoup plus, la dose d'acétate étant de 36 à 40 grammes. L'anasarque et l'ascite diminuent notablement.

Les 6 et 7 janvier, plus de trois litres d'une urine limpide et presque incolore sont rendus dans les vingt-quatre heures. Le volume du ventre et la distension de la peau sont bien moindres.

Le 12 janvier, l'ascite a complétement disparu; il ne reste qu'un peu d'infiltration aux malléoles. On diminue la dose d'acétate, qu'on cesse le 16. Pendant les sept à huit jours qui suivirent, quelques légers accès de fièvre à type irrégulier se montrèrent; on remarqua un peu d'œdème des jambes, un léger gonflement de l'abdomen. Quelques doses d'acétate de potasse furent administrées, mais plus faibles cette fois. Tout cela disparut promptement, et Peltier sortit parfaitement rétabli le 8 février.

Obs. III. *Anasarque et ascite, suites de fièvres intermittentes; — guérison rapide par l'acétate de potasse à haute dose.*— Jannais, (Joseph,) jardinier, âgé de trente ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 29 janvier 1842. Il habitait à la campagne une chambre basse et humide, et avait été atteint de fièvre intermittente au commencement d'octobre 1841. Dans les premiers jours du mois de novembre, il avait été reçu à l'hôpital, où il séjourna un mois. Pendant cet espace de temps, il continua à avoir des accès de fièvre, et bientôt après ceux-ci furent accompagnés d'anasarque. Comme on crut alors reconnaître quelques signes de lésion du côté du cœur, on pratiqua plusieurs saignées; du sulfate de quinine fut en outre prescrit, et la fièvre céda. La digitale et plusieurs autres diurétiques furent ensuite administrés. Le malade sortit assez bien de l'hôpital, mais, très-peu après il éprouve une rechute; les accès de fièvre deviennent quotidiens; l'anasarque reparaît. Les premiers jours qui suivirent l'entrée de Jannals à l'Hôtel-Dieu, on crut convenable de pratiquer une saignée, que l'on fit suivre de l'administration d'un purgatif. Les accès ayant toutefois continué à se montrer sous le type quotidien, du sulfate de quinine les suspendit.

7 février. — Etat actuel. Cessation de la fièvre; œdème des jambes, des cuisses, des bras et de la face; consistance assez ferme de la peau sous la pression du doigt, fluctuation abdominale; pas de tuméfaction de la rate. L'auscultation

ne fait découvrir aucune lésion du cœur. (Acétate de potasse, 4 grammes, dans un litre de tisane.)

Les 8 et 9 février, 6 et 8 grammes.

10 février, 15 grammes.

11 février, 25 grammes, dans deux litres de tisane.

12 février, 30 grammes.

13 février. L'œdème des mains diminue; la fluctuation de l'abdomen est moindre; augmentation très-notable des urines.

14 février, 35 grammes d'acétate de potasse.

15 février, 40 grammes du même médicament dans trois litres de tisane. Urines très-limpides et très-abondantes. La fluctuation abdominale se perçoit à peine. Le malade a sué assez abondamment la nuit précédente.

Du 16 au 18 février, disparition presque complète de l'anasarque; il ne reste d'œdème qu'à la partie inférieure des jambes; l'ascite a complétement disparu. les urines sont très abondantes; le malade en rend plus de quatre litres en vingt-quatre heures. (45 grammes d'acétate de potasse ont été prescrits le 18 février.)

19 février. Le malade est très-bien; il ne reste plus de sa maladie qu'une légère infiltration autour des malléoles. Les doses élevées du médicament n'ont pas eu d'effet purgatif. On diminue successivement ces doses jusqu'au 22, où on les suspend. L'infiltration malléolaire a disparu. Quelques tasses d'eau ferrugineuse sont prescrites. Jannais sort le 24 février, parfaitement rétabli.

Obs. IV. *Ascite et anasarque, suites de fièvre intermittente prolongée. Traitement par l'acétate de potasse à haute dose*; *guérison en neuf jours.* — Calvet (Joseph), manœuvre, âgé de trente-trois ans, vint habiter Chalonnes, sur les bords de la Loire, au mois d'avril 1849, avec sa femme et deux jeunes enfants. La chambre qu'occupaient ces pauvres gens était étroite, humide, située au niveau du sol et ne recevait jamais les rayons du soleil. Calvet travaillait tous les jours aux mines de charbon, à une grande profondeur. Au bout de deux mois se déclarèrent des accès de fièvre intermittente; les huit premiers jours, ils présentent le type tierce, puis quotidien. Pendant trois mois, la fièvre se maintient sous ce dernier type. Combattue à quelque distance de son début par des soins appropriés, elle cède promptement, mais revient au bout de quinze jours; et, lorsque le malade entrait à l'Hôtel-Dieu, le 20 novembre 1849, il avait la fièvre depuis trois mois et demi sans interruption. Ses deux enfants étaient morts, atteints d'infiltrations considérables, survenues à la suite d'accès intermittents. Sa femme entrait en même temps que lui à l'hôpital, également atteinte de fièvre intermittente, mais sans accidents consécutifs.

21 novembre. Depuis un mois il y a de l'ascite, et depuis trois semaines, l'infiltration a envahi les extrémités inférieures, le tronc et les bras. La face est bouffie et décolorée. La région splénique est douloureuse, mais l'épanchement péritonéal empêche de constater l'hypertrophie de la rate. Il existe une toux fréquente avec un râle sibilant et muqueux dans toute l'étendue de la poitrine, mais surtout à gauche. Le malade éprouve de l'oppression. La langue est sale, l'anorexie est complète. Tous les jours à midi revient un accès de fièvre.

Les 22, 23 et 24 novembre, on administre le sulfate de quinine en potion avec 8 gouttes de laudanum de Sydenham; le premier jour à la dose de 75 centigrammes; le deuxième jour, 60 centigrammes; le troisième jour, 1,35, l'accès n'ayant pas cessé de reparaître après les premières doses.

26 novembre. La fièvre n'existe plus, mais nul changement ne s'est opéré du reste dans l'état du malade. L'anasarque et l'ascite persistent. On prescrit un

litre de tisane d'orge et de chiendent avec 1 gramme de nitrate de potasse. Cette boisson est continuée jusqu'au 29 novembre, sans que la sécrétion urinaire en soit augmentée.

Les 29 et 30 novembre, on commence l'emploi de la terre foliée de tartre, à la dose de 4 puis de 6 grammes;

Le 1er décembre, on en donne 8 grammes. Dès la nuit du 30 novembre au 1er décembre, la diurèse était obtenue; le malade rendit près de trois litres d'urine.

Le 2 décembre, la dose du médicament est portée à 12 grammes; le 3 à 15 grammes; le 4 à 20 grammes.

4 décembre. Le malade rend en vingt-quatre heures au moins cinq à six litres d'urine. Déjà l'œdème a diminué; la peau des mollets est flasque et molle, l'ascite est maintenant difficile à constater. Il n'y a plus d'oppression.

5 décembre. On donne 24 grammes d'acétate de potasse, dissous dans deux litres de tisane; le 6 décembre, 22 grammes. Chaque jour le malade rend sept à huit litres d'une urine claire et limpide. L'ascite et l'anasarque ont complétement disparu; les saillies de l'avant-bras commencent à se dessiner; la peau est flasque et pendante, la face n'est plus œdématiée et a changé complétement d'aspect. La toux et les râles ont cessé. Le malade boit facilement sa tisane et n'accuse que quelques coliques sans diarrhée.

7 décembre. Un litre et demi de tisane, avec 15 grammes d'acétate de potasse. Le malade rend encore six litres d'urine dans la journée.

8 décembre. Dernière dose, 8 grammes du médicament. Calvet sort de l'Hôtel-Dieu le 11, encore grêle et maigre, mais complétement guéri. (*Observation recueillie par M. Marcé, élève interne.*)

Obs. V. *Ascite considérable et anasarque survenues à la suite d'une fièvre intermittente datant de cinq mois*; *acétate de potasse à haute dose*; *guérison en sept jours*; *diurèse abondante.* — Baëlt, Belge, âgé de quarante-huit ans, habitant un village près de l'embouchure de l'Escaut, vint à Nantes, en décembre 1854, pour y être employé comme charpentier de navires. Cet homme, d'une constitution forte et robuste, avait eu la fièvre intermittente dans son pays, mais il était assez bien portant à son arrivée. Un mois après, au commencement de janvier, rechute, accès en tierce; entrée à l'hôpital Saint-Jacques, où il reste quinze jours. La fièvre cesse. Quelque temps après les accès reparaissent sous le type quarte; le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 5 mars 1855.

6 mars. L'accès de fièvre s'est prolongé pendant la nuit; ce matin, le malade est en sueur. La teinte de la peau est d'un jaune paille, la langue un peu sale, pâle, étalée; la membrane muqueuse de la face interne des lèvres, celle des gencives et de la conjonctive palpébrale, sont d'une grande pâleur. Il existe une ascite considérable; le malade dit ne s'être aperçu que depuis huit jours du gonflement du ventre. La rate est plus volumineuse que dans l'état normal, mais elle est refoulée en arrière par la sérosité de l'abdomen. (Prescription : sulfate de quinine, 1 gramme; tisane nitrée.)

9 mars. La fièvre n'a pas reparu hier, jour d'accès. L'état du malade est du reste le même. Première dose d'acétate de potasse de 4 grammes, qu'on augmente un peu les jours suivants.

11 mars. Le malade rend à peine deux verres d'une urine brune et foncée. La soif est vive.

Les 12 et 13 mars, on donne 8 et 12 grammes d'acétate de potasse; les urines sont toujours épaisses et peu abondantes.

15 mars. Le malade éprouve une gêne considérable ; il a de la peine à se retourner dans son lit. L'anasarque et l'ascite ont augmenté ; le dos des mains est extrêmement tuméfié ; le scrotum est infiltré. On augmente la dose du médicament, que l'on porte ce jour à 24 grammes, dissous dans trois litres de tisane.

17 mars. Les urines deviennent plus abondantes ; dose de l'acétate de potasse, 35 grammes.

19 mars, 40 grammes ; quatre litres d'urine sont rendues dans les vingt-quatre heures. L'anasarque et l'ascite n'ont pas encore subi de diminution.

20 mars. La quantité d'urine rendue depuis la veille s'élève à sept litres. Diminution de l'anasarque, mais non de l'ascite. L'état général est plus satisfaisant ; la fièvre n'a pas reparu depuis le 6.

21 mars. Le malade a rendu six litres d'urine. Diminution très-notable de l'ascite et de l'anasarque, surtout à la cuisse droite ; tension beaucoup moindre de l'abdomen ; scrotum presque revenu à l'état normal. Le malade s'est levé et promené dans la journée.

Du 23 au 26 mars, on diminue peu à peu la dose du médicament. La diurèse continue avec autant d'abondance ; six litres d'urine sont rendus en vingt-quatre heures. L'anasarque disparaît rapidement ; il ne reste plus qu'un peu d'œdème aux jambes. L'abdomen est mou ; ses parois, qui étaient considérablement infiltrées, ne le sont plus ; la matité que la percussion faisait entendre à la partie déclive de l'abdomen se borne de plus en plus ; il n'existe aucune fluctuation.

29 mars. On cesse l'administration de l'acétate de potasse. Toutes traces d'anasarque et d'ascite ont disparu, mais le malade offre tous les signes de l'anémie, conséquence de la cachexie paludéenne. On perçoit un peu de souffle au cœur et aux carotides ; les membranes muqueuses et la peau sont très-pâles. Quelques doses de tartrate de potasse et de fer, 20 centigrammes par jour, et une alimentation réparatrice sont prescrites. De la diarrhée survenue les jours suivants force à suspendre le fer.

Le 2 avril, elle est complétement arrêtée. On ne reprend pas encore l'usage du fer. Cependant les forces paraissent revenir ; le malade se promène tous les jours dans les cours de l'hôpital ; l'appétit est très-bon.

Le 11 avril, Baëlt sort parfaitement rétabli. (*Observation recueillie par M. E. Vallin, élève interne.*)

Les faits que nous venons d'exposer confirment, il nous semble, l'opinion des physiologistes qui regardent la sécrétion urinaire comme faisant antagonisme à la sécrétion séreuse, tant interstitielle que vésiculaire, et qui pensent que l'un des moyens les plus sûrs de guérir l'hydropisie, c'est d'activer la sécrétion des urines (Burdach, Physiolog.).

Alors que les forces vives de l'organisme ne sont pas épuisées, et que surtout les principaux viscères ou les veines sont libres de toute altération, cette diurèse, dont l'abondance nous a frappé, et que provoquent si rapidement certains médicaments, se manifeste spontanément dans quelques cas. L'observation suivante nous a paru, sous ce rapport, présenter quelque intérêt.

Obs. VI. Le nommé Picot, âgé de quarante ans, manœuvre, employé à casser des pierres sur une route, près Chantenay, contracte, dans l'été de 1854, une

fièvre intermittente qui persiste pendant environ six mois, sous le type quarte, et cesse au commencement de janvier 1855, à peu près sans traitement. Il entre à l'Hôtel-Dieu, le 19 février 1855, dans un état d'anémie. Les forces musculaires sont très-affaiblies; la face est pâle, maigre, les paupières supérieures légèrement œdématiées, les cuisses et les jambes infiltrées. Il y a de l'ascite. Le volume de la rate ne dépasse que fort peu l'état normal. Il n'existe aucun signe de maladie du cœur, pas de souffle aux carotides ni d'accès fébriles. L'appétit s'est conservé, mais depuis six semaines le malade est atteint d'une diarrhée qui a commencé par quelques selles sanguinolentes.

Après avoir, pendant les premiers jours, combattu la diarrhée sans résultat, au moyen du diascordium, additionné de petites doses d'opium, on a recours au sous-nitrate de bismuth, dont on porte graduellement la dose de 6 et 8 grammes à 30 et 35 grammes par jour. La diarrhée, d'abord stationnaire, diminue les premiers jours de mars, pour céder bientôt complétement le 6. Ce jour, il rend une selle de matières solides; la physionomie est meilleure, mais l'anasarque existe toujours ainsi que l'ascite.

Du 7 au 8 mars, sans que de nouveaux médicaments aient été donnés, une diurèse abondante s'établit. Le malade rend près de huit litres d'urine dans les vingt-quatre heures; les jours suivants, 8, 9, 10 et 11 mars, six, sept et jusqu'à neuf litres. L'ascite et l'anasarque diminuent rapidement; le 13 mars, il n'existe plus de fluctuation abdominale.

Les 13, 14 et 15 mars, le malade rend de deux à quatre litres d'urine par jour. L'anasarque a complétement disparu ainsi que l'ascite. L'état général est satisfaisant. Le 25 mars, on prescrit quelques doses de tartrate de potasse et de fer. La diarrhée ayant reparu, on les cesse et on y substitue quelques jours après la limaille de fer unie au diascordium. La dose de fer est successivement augmentée et portée à 2 gram. 30 centig. par jour. Le malade reprend des forces; la coloration de la peau reparaît; il sort parfaitement rétabli, le 30 avril.

L'augmentation rapide et considérable de la sécrétion urinaire est donc un des principaux phénomènes qui, dans les épanchements de sérosité dans le tissu cellulaire ou les séreuses, est suivi d'une prompte résorption. Ainsi la fonction éliminatrice de l'appareil urinaire dans l'état de santé se continue dans les maladies; et, dans les hydropisies de la classe de celles dont nous parlons, l'activité de cette fonction s'accroît et produit les effets thérapeutiques que nous venons de signaler. Une solidarité réelle existe, en effet, entre plusieurs fonctions de l'économie vivante. Si l'une d'entre elles vient à s'affaiblir ou à cesser, une autre la remplace aussitôt. Les fonctions de la peau et les fonctions des reins paraissent, sous ce rapport, se balancer en quelque sorte. Lorsque, par une perversion de la nutrition, la partie séreuse des fluides et spécialement du sang, qu'éliminent incessamment les deux grandes fonctions que nous venons de nommer, vient à remplir les cavités séreuses ou le tissu cellulaire, l'effort éliminateur de la peau ou des reins arrive au secours de l'organisme, et, pour fournir les matériaux nécessai-

res à l'activité accrue de ces fonctions, il se fait une prompte absorption des fluides épanchés.

En étudiant avec attention les faits précédents, ce but d'activité des fonctions urinaires ne peut être méconnu, et c'est précisément parce qu'ici il se manifeste avec une clarté pleine d'évidence que nous les avons rapportés. Il est donc vrai que c'est toujours la puissance inhérente à l'organisme vivant qui guérit, soit qu'elle se montre au dehors par l'apparition spontanée de phénomènes spéciaux, soit que ceux-ci aient été provoqués par les moyens de l'art. Il suit également de là qu'en maladie les phénomènes anormaux qui surgissent dans l'économie tendent en général à un but, la guérison. Ce grand fait, trop clair en chirurgie, n'a jamais été nié, et le chirurgien, en étudiant le merveilleux travail de la cicatrice et de la formation du cal dans les fractures, sait fort bien que la tendance finale à la cicatrisation et à la consolidation des os fracturés est l'effort incessant de la nature. En médecine, il n'en peut être autrement ; et cependant comme la marche des phénomènes a quelque chose ici de plus obscur, les faux systèmes, sous l'apparence superficielle d'une clarté plus grande, sont venus étendre des nuages sur cette vérité reconnue par tous les siècles. C'était le *quo natura vergit, eo ducendum,* cette maxime des médecins les plus éminents de toutes les époques. Naguère encore à peu près méconnue, elle commence à reparaître dans quelques écrits, mais surtout elle se produit de plus en plus dans les discussions récentes de l'Académie de médecine. Au reste, nous ne devons pas être trop étonnés d'avoir vu les sciences médicales traverser cette phase critique.

A la suite des grands naturalistes du dix-huitième siècle, de l'illustre Linné qui, en découvrant quelques traces de l'intelligence suprême dans les œuvres de la création, disait dans son admiration pour celles qui paraissaient les plus petites et les plus nulles : Quelle force ! quelle sagesse ! quelle inexplicable perfection ! (*Linnæi Syst. naturæ*, etc.) sont venus d'autres hommes, doués, sans nul doute, d'incontestables facultés, mais qui, sous l'influence de plus en plus croissante de certains systèmes philosophiques, ont nié hautement les causes intentionnelles dans la formation des organes, en d'autres termes, ont cherché à détruire et à rendre ridicule la doctrine que les anciennes écoles désignaient sous le nom de *causes finales*. La philosophie allemande, le panthéisme matérialiste d'Hégel et de ses disciples ont repris cette tâche, et l'autorité que leurs opinions se sont acquise est plus grande qu'on ne le pense vulgairement. Il est plus d'un physiologiste de notre temps qui les professent, peut-être sans

s'en douter. Toujours est-il, pour nous médecins, qu'une fois la finalité physiologique niée, suit nécessairement la négation des *actes salutaires* de ce qu'on appelait jadis *nature médicatrice*. La thérapeutique et la matière médicale se trouvent alors abaissées et réduites au pur empirisme. Heureusement que le bon sens pratique de la France ne lui permet pas de descendre longtemps cette pente, et la ramène bientôt à la véritable observation. En effet, en enfermant les sciences médicales dans l'étude purement empirique et matérielle des phénomènes morbides, on a cru qu'en répétant un nombre indéfini de fois des observations laborieusement recueillies, on constituerait ainsi la science, et de là les espérances et les procédés de la statistique appliquée à la médecine. Or, à moins qu'on ne professe encore cette donnée fondamentale des derniers représentants du matérialisme dans les sciences, *il n'y a point de lois, il n'y a que des faits successifs*, il faut bien reconnaître qu'en accumulant incessamment et sans critique les faits en médecine, on fera peu de chose au point de vue du véritable progrès. « De même que presque tous les écrivains, nous devrons, a dit le docteur Gendrin, prendre pour but de nos recherches et pour principes de nos doctrines les faits et l'observation. Mais les faits sont stériles par eux-mêmes, ils ne deviennent des observations que lorsqu'on les soumet à l'analyse et à la discussion. Les conséquences qu'on en déduit ne peuvent se généraliser sans crainte d'erreur que lorsqu'elles conservent le cachet de l'observation directe dont elles dérivent. La vérité d'un principe résulte moins du nombre des faits que de la rigueur du raisonnement et de l'évidence des observations qui servent à l'établir. (Gendrin, Traité philosophique de médecine pratique...)

Un philosophe de nos jours a dit avec une haute raison : La perception des lois universelles des êtres est excitée en nous et non déduite de ces cas qui, quelque nombreux qu'ils fussent, ne sont, en dernier résultat, que limités et finis. Les lois de la vie engendrent et régissent les phénomènes en santé et en maladie, et, une fois reconnues, elles sont la lumière qui doit éclairer et guider le médecin dans l'étude si complexe des objets auxquels se rapportent incessamment ses méditations. Ces lois, dans la sphère qui leur appartient, participent de l'universel ou de l'infini comme les lois géométriques ; elles ne sont pas du tout un mélange confus de quelques cas particuliers. Ce n'est pas en multipliant les faits relatifs à la chute des graves que Newton est arrivé à la découverte des lois de la pesanteur ; c'est en méditant profondément sur les circonstances

de la marche descendante des corps. Accumuler, puis compter des faits dont le nombre finit par devenir en quelque sorte un fardeau pour la science, c'est perdre le temps et appliquer les forces de l'intelligence à un travail sans fruit. En procédant ainsi, il n'est plus au pouvoir de l'esprit de poursuivre l'étude approfondie de quelques faits, d'observer leurs divers aspects, et les rapports des éléments qui constituent un fait en lui-même.

« Dans une science qui a pour objet les phénomènes de la vie toujours essentiellement complexes et variables (a dit encore le docteur Gendrin), les faits, quelque nombreux qu'ils soient, comptés, rassemblés au hasard et comparés d'après leurs formes extérieures les plus saillantes, ne peuvent servir de prémisses à des conclusions rigoureuses. Les exceptions négligées peuvent être l'expression de la loi la plus générale. La méthode statistique en médecine a conduit des hommes de bonne foi à un empirisme stérile ou à un scepticisme exagéré. La philosophie de la science procède d'une manière contraire ; elle s'attache à décomposer les faits par l'analyse, à en comparer les éléments. Nous regardons les conséquences d'un seul fait comme établissant une vérité incontestable, quand elles sont conformes aux principes déduits immédiatement d'observations directes ou de rapports constants de cause à effet, en anatomie, en physiologie et en pathologie. » (Traité phil. de méd. pratiq.)

« L'éclectisme, ajoute le même auteur, a la prétention d'emprunter à toutes les doctrines les vérités établies par l'observation, et d'en construire la sienne ; mais, en médecine comme en philosophie, l'éclectisme tue les principes par indifférence, et dissout la science par le scepticisme. Le triage de l'éclectisme suppose une doctrine première, mesure et critérium de toutes les doctrines, et qui rentre nécessairement dans l'opération propre et personnelle de chaque esprit ; admettre cela, c'est sortir de l'éclectisme. (Dr Gendrin, œuvre cité.)

Il faut donc, avant d'aborder l'observation en médecine comme en toute science, admettre que les faits pathologiques sont régis par les lois vitales, se manifestant dans un ordre différent, autrement nous n'aurions que des faits successifs sans loi universelle ou commune. D'où il suit que, ne pouvant acquérir la connaissance que d'un certain nombre de cas particuliers, logiquement nous ne pourrions rien en conclure ; et, en effet, c'est là qu'on arrive nécessairement, tout en élevant bien haut l'observation, c'est-à-dire au scepticisme ou au néant de la science, puis, en fin de compte, au rire de l'école voltairienne. L'oreiller du scepticisme peut être fort com-

mode, a dit quelque part Montaigne, mais il faut se résigner d'avance à l'impuissance intellectuelle à laquelle est bientôt réduit celui qui y pose la tête.

Ces considérations générales, qui sembleraient n'être qu'une digression, nous ont cependant paru se rattacher au travail qui précède. En médecine, et, par conséquent, en physiologie, l'étude d'un seul point touche à tous les points de la science.

Pour conclusion, nous croyons pouvoir établir ce qui suit :

1° Dans les hydropisies qui n'ont pas pour cause une altération organique, la guérison peut souvent avoir lieu, et elle est le plus ordinairement obtenue par l'augmentation de la sécrétion urinaire, fonction faisant antagonisme à la sécrétion séreuse interstitielle et à celle des grandes membranes séreuses ;

2° Cette diurèse peut, dans quelques cas, se manifester spontanément et par le fait de la puissance médicatrice, loi de l'organisme dans l'état de maladie ;

3° L'acétate de potasse, administré à haute dose, agit énergiquement comme diurétique dans ces cas, et détermine rapidement une diurèse abondante et salutaire.

Du bittéra, nouveau médicament fébrifuge proposé aux Antilles françaises, comme succédané du quinquina.

Par le docteur J. Delioux, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest [1].

VIII. *Propriétés toniques du bittéra ; parallèle avec le quinquina ; de l'association de ces deux médicaments.*— Le bittéra doit à ses principes d'une amertume si flagrante, à ses propriétés franchement toniques, le pouvoir d'agir dans une large mesure contre plusieurs débilités fonctionnelles ou organiques, et conséquemment, comme modificateur des états anémique et cachectique entés sur l'intoxication paludéenne ; ce mérite, que n'ont pas beaucoup d'autres fébrifuges, lui donne une incontestable valeur ; il n'est point, par exemple, jusqu'ici, du moins nous le croyons, aussi bon antipériodique que l'arsenic; mais il tonifie et répare, tandis que l'autre altère, débilite, et, pour si peu qu'on en abuse, empoisonne. Mais ces propriétés toniques et reconstituantes sont-elles si actives qu'elles doivent être égalées à celles du quinquina ou même les dépasser ? C'est encore une question à laquelle nous sommes peu enclins à répondre par l'affirmative; d'abord, nous avons si souvent, comme tous les praticiens, éprouvé les propriétés réconfortantes et restaura-

(1) Suite.— Voir les livraisons des 15, 30 juillet et 30 septembre, p. 20, 68 et 247.

trices des préparations qui contiennent toute la substance du quinquina, que nous aurions une préférence instinctive en sa faveur; puis, théoriquement, en voyant dans l'un, comme seuls principes qui se supposent actifs, des principes amers et résineux, également neutres; dans l'autre, un agencement plus complexe de principes neutres, moins amers, mais astringents, et de principes azotés,— ses deux alcaloïdes,— nous sommes induits à croire que celui-ci, plus richement doté d'éléments réparateurs, doit plus foncièrement tonifier et de plus de façons modifier l'organisme. Au surplus, ce n'est ni avec des affirmations, ni avec des hypothèses que l'on résout les questions de pratique, c'est avec des expériences. Or, dans les pays à fièvres rien n'est plus facile que de trouver des sujets offrant des conditions morbides analogues, et de faire deux séries de fébricitants, de cachectiques ou de convalescents; traitez l'une des séries par le bittéra, l'autre par le quinquina, en écartant dans chacune tout autre agent pharmaceutique, et l'on verra bientôt de quel côté se révèle la puissance tonique la plus prompte et la plus efficace.

Ces réserves étant faites, nous acceptons le bittéra comme un tonique amer des plus dignes d'être recommandés; et, à ce titre, il mérite de franchir la thérapeutique des empoisonnements paludéens; nous croyons que dans un grand nombre de maladies asthéniques, dans les anémies, dans les chloroses, dans les convalescences de fièvres graves, dans les épuisements causés par les pertes sanguines ou humorales, partout enfin où il y a urgence de relever, de stimuler, d'entretenir au ton physiologique les forces digestives et assimilatrices, les préparations de bittéra sont appelées à rendre d'excellents services. La gastralgie, contre laquelle il n'est pas rare d'épuiser en vain toutes les ressources de la matière médicale, pourra trouver aussi dans le bittéra un utile modificateur; la saveur amère, on le sait, recommande plus d'un médicament contre cette maladie; l'un de ceux qui la possèdent au plus haut degré, la strychnine, y a été heureusement appliquée. Des essais encore peu nombreux nous font espérer que le bittéra pourra être employé avec le plus grand avantage dans certaines formes de gastralgies.

Il serait fort possible que l'association du quinquina et du bittéra, dans une préparation pharmaceutique bien conçue, fût destinée à remplir, mieux que chacun de ces médicaments pris isolément, les indications de plusieurs états pathologiques de la nature de ceux qui ont été cités tout à l'heure. En effet, dans ces circonstances, les indications suivantes, en totalité ou en partie, se présentent à l'esprit du praticien : neutraliser un miasme intoxicant, combattre ses et-

fets, stimuler l'hématose, réparer le sang appauvri, relever les forces, tonifier les chairs, fortifier l'action digestive, prévenir ou suspendre les déperditions sur tous les points où elles s'opèrent, répartir également l'influx nerveux, dissiper les stases et les congestions dans certains organes, et dans tous ramener la nutrition et la fonctionnalité à leur état d'équilibre et de régularité physiologiques.

Or, le bittéra et le quinquina possèdent, chacun en proportions inégales, des éléments susceptibles de répondre à la plupart, sinon à l'universalité de ces indications.

Le bittéra prodigue ses principes amers dans une mesure supérieure à celle que peuvent fournir tous les végétaux acquis jusqu'à ce jour à la pharmacologie; c'est un titre sérieux de considération. Les principes neutres doués de la saveur amère ont des propriétés toniques dont s'accommodent toutes les diathèses à fond d'asthénie; ils ont encore sur les états névropathiques une influence essentielle ou dépendante de la tonicité produite; cette relation entre les qualités de la substance et les effets thérapeutiques est sans doute le résultat d'un mécanisme d'action ou d'assimilation tout à fait inexpliqué, mystère digne d'être étudié par la physiologie expérimentale unie à la chimie organique. Lorsque l'on voit, dans le traitement de plusieurs cachexies, diathèses asthéniques ou états analogues, les substances amères opérer dans l'économie des solides, comme dans celle des humeurs, des reconstitutions que le régime analeptique ne parvenait pas à réaliser, on se sent conduit à penser que ces substances, comparables, à certains égards, aux principes ternaires alibiles, sont appelées à subir comme eux une véritable élaboration digestive, à entrer en assimilation et à fournir à la nutrition générale des éléments réparateurs. Les principes neutres alibiles sont, dit-on, des *aliments respiratoires*, et la même direction vers la digestion pulmonaire serait prise par plusieurs autres principes de source organique, généralement ternaires, quelquefois d'une composition différente, mais toutefois non azotés : qui sait si les principes neutres amers n'ont pas une destination pareille, atteignant ainsi le double but de réparer les molécules vivantes en stimulant, en perfectionnant l'hématose?

A côté de la bittérine, principe amer par excellence du bittéra, se place un principe de saveur identique et de nature résineuse. Le peu que l'on sait sur l'élaboration et l'action intime des principes résineux dans notre économie nous permet de supposer que celui du bittéra peut agir sur les organes digestifs et respiratoires; il paraît donc susceptible aussi pour son compte de modifier favo-

rablement la fonction de digestion et d'exciter celle d'hématose.

Nous ne trouvons plus de principes amers analogues dans le quinquina, mais nous en trouvons d'autres qui n'ont pas une moindre valeur.

Nous y voyons d'abord des principes azotés, des alcaloïdes, qui, bien mieux que tous ceux du bittéra, sont aptes à réduire le germe périodique, en général, et spécialement celui qui découle de l'absorption du miasme paludéen et à dissiper les engorgements viscéraux, conséquences tant de l'action du miasme que de la répétition des accès fébriles; car le bittéra ne nous a point paru non plus favoriser, autant que la quinine, le retour de la rate à sa texture et à ses proportions normales. La quinine surtout est justement comptée parmi les modificateurs thérapeutiques les plus puissants; pour nous, les modifications qu'elle détermine ne sont pas le résultat de son passage fugitif dans les courants sanguins ou à travers certains parenchymes. On décèle dans les urines de la quinine, peu d'heures après l'ingestion de cet alcaloïde : mais on n'a jamais démontré la sortie par le rein ou par d'autres voies de *toute la quinine ingérée.*

Nous sommes convaincu, jusqu'à preuve contraire, que la quinine, comme d'autres alcalis organiques, séjourne en partie dans l'organisme; les expériences d'Orfila sur la localisation des poisons autorisent une semblable opinion. Nous ne croyons pas seulement que ce séjour a lieu pour les alcalis organiques sans désassimilation; nous inclinons vers une opinion de Liebig, qu'ils sont destructibles dans le milieu catalytique des humeurs vivantes, et qu'ensuite leurs éléments, sous forme de nouveaux groupements moléculaires, peuvent s'assimiler à la substance de l'organisme; d'équations chimiques qu'il est inutile de rapporter ici, Liebig déduit la probabilité que plusieurs des alcaloïdes végétaux, après leur dédoublement et leur transformation, se portent vers la matière nerveuse.

Enfin, le quinquina contient, ce que n'a pas le bittéra, du tannin engagé dans le composé désigné par les analystes sous le nom de rouge cinchonique. Il doit à ce tannin, moins acerbe que celui du chêne, des propriétés astringentes, corroborantes, qui le rendent plus spécialement utile dans tous les cas où il y a des flux à prévenir ou à réprimer. Ainsi l'hémorrhagie passive et la diarrhée, causes et suites fréquentes des maladies qui réclament les toniques, appellent de préférence parmi ceux-ci les toniques astringents.

Si l'on peut apprécier, comme il vient d'être fait, les propriétés spéciales des éléments actifs du bittéra et du quinquina, il ne faut pas méconnaître que les préparations qui laissent réunis dans leurs

rapports naturels ces éléments avec d'autres moins connus ou ignorés, que les préparations, en un mot, qui contiennent toute la substance du médicament, ont une valeur intrinsèque qui les place au premier rang dans la thérapeutique des états pathologiques qui offrent des indications complexes à remplir. Alors donc si le bittéra et le quinquina peuvent se compléter l'un par l'autre, il y aura double bénéfice à les prescrire de front, à les unir même dans une formule rationnelle. Bien entendu, cette formule, dans tous les cas, devra être soutenue par le régime, aidée, s'il le faut, par les médicaments ferrugineux ou tous autres que pourrait commander une indication particulière, assurée finalement dans ses effets par l'observance de tous les préceptes de l'hygiène.

IX. Nous devons mentionner ici, pour compléter nos connaissances actuelles sur le bittéra, des expériences qui auraient pour résultat d'étendre le champ des propriétés thérapeutiques de ce nouveau médicament; elles sont dues à M. le docteur Amic.

Notre honorable et savant confrère assure que la bittérine possède une efficacité supérieure contre les névralgies du crâne et de la face. Il préconise le traitement suivant : on compose une pommade avec 5 grammes de bittérine et 30 d'axonge ; avec une quantité de cette pommade grosse comme une petite noix, on fait matin et soir sur la partie affectée une friction de quinze minutes. S'il est nécessaire, on en vient à une troisième friction ; ordinairement la névralgie cède à la seconde, et dès la première le patient éprouve un soulagement instantané.

Nous n'avons point expérimenté ce mode de traitement, faute de bittérine et de névralgies. Depuis que les essais de M. Amic nous sont connus, nous ne sommes donc point en mesure d'exprimer une opinion à cet égard.

Pour les mêmes motifs, nous nous bornerons à citer une autre expérience relative à la colique sèche, que M. Amic nous a fait l'honneur de nous communiquer comme celles qui ont eu pour objet les névralgies.

Ce médecin a récemment employé contre la colique sèche, à la Martinique, la pommade de bittérine en frictions sur le ventre, et en suppositoire dans le rectum au moyen d'une mèche de charpie bien enduite. Cette médication, combinée avec des bains tièdes, a été couronnée d'un plein succès.

X. Conclusions. — En résumé, 1° le bittéra possède réellement des propriétés antipériodiques, mais, à notre avis, elles sont inférieures à celles du quinquina, et même moins sûres que celles de

l'arsenic. Après ces deux médicaments, qui se maintiennent victorieusement à la tête des agents antipériodiques, il restera au bittéra un rang élevé parmi leurs meilleurs succédanés.

2° Comme tonique amer, sa puissance sera moins contestée, et nous croyons fermement qu'à ce titre il est appelé à jouir d'un juste crédit dans le traitement des états pathologiques qui réclament l'emploi des médicaments doués de cette double qualité.

3° De nouvelles études sont nécessaires pour fixer l'opinion sur la valeur définitive du bittéra dans les cas où il a été déjà expérimenté, et sur l'extension que l'on peut en faire au traitement d'autres maladies.

4° Le bittéra est donc un médicament sérieux; son acquisition récente ne doit pas être dédaignée par les thérapeutistes qui trouveront en dehors des fièvres intermittentes d'assez nombreuses occasions de le placer avec avantage. S'il ne suffit pas à la cure des fièvres paludéennes, il pourra du moins suppléer le quinquina dans celles qui n'offrent point ce caractère étiologique.

5° L'intérêt que vient solliciter ce nouveau médicament ne s'arrête pas aux limites de la matière médicale. La plante qui le fournit était ignorée d'une manière absolue, ou méconnue du moins par la majorité des botanistes; c'est ce que l'on décidera en compulsant les travaux des hommes spéciaux; cette plante, en outre, semble être la propriété exclusive de la terre de Saint-Martin, et les sujets y sont fort rares, épars dans les mornes rocailleux de cette île. L'histoire naturelle a donc le devoir d'étudier le genre bittéra et ses espèces, produits découverts ou retrouvés par des savants français; et si la botanique, science pleine d'ardeur et de sagacité investigatrices, arrête en tous lieux ses contemplations sur le végétal pour son individualité pure ou ses relations naturelles, au jour où seront irrévocablement constatées les propriétés médicinales enfermées dans la séve du *bittera febrifuga*, elle aura la mission de le transplanter et de le répandre au delà des limites géographiques où la nature l'a confiné.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'amputation de la langue.

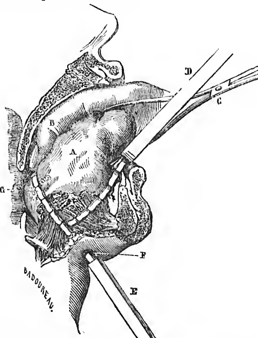
Par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

L'écrasement linéaire peut être appliqué à l'amputation de la langue dans des conditions diverses. Il peut servir : 1° pour l'am-

(1) Suite.— Voir la livraison précédente, p. 305.

putation totale de l'organe, 2° pour celle d'une moitié latérale de la langue, 3° pour l'ablation d'une portion antérieure plus ou moins considérable, 4° pour l'extirpation d'un noyau isolé. Nous allons examiner le mode opératoire dans chacune de ces conditions.

1° *Amputation de la totalité de l'organe.*— Pour l'exécution du procédé opératoire, on doit être muni de deux écraseurs et de notre aiguille à résection; cette aiguille doit présenter une lance un peu large, de manière à faire la voie à la chaîne de l'écraseur. Tels sont les seuls instruments nécessaires pour cette ablation; voici maintenant comment le procédé s'exécute.



Avec l'aiguille armée d'un fil, auquel est attachée la chaîne d'un écraseur, on vient percer le plancher de la bouche de bas en haut. On fait ainsi pénétrer l'aiguille sur la ligne médiane à la région sus-hyoïdienne, soit à travers une moucheture fait avec le bistouri, soit directement à travers la peau, et l'on conduit la pointe de l'aiguille dans une des rainures latérales du plancher de la bouche. La même aiguille est retirée une fois que le fil conducteur et la ligature métallique qu'il entraîne sont arrivés à l'intérieur de la bouche; puis on réengage le fil dans le chas de l'aiguille, pour ponctionner de haut en bas le plancher de la bouche, sur le côté opposé

à celui par lequel on avait pénétré, et l'on vient sortir sur la ligne médiane par le point d'entrée de l'instrument à la région sus-hyoïdienne.

Il est évident que, de cette manière, on a jeté autour de la base de la langue une anse métallique C, F, qui peut être refoulée aussi loin qu'on le désire. Il ne s'agit alors que de la serrer, au moyen de l'appareil à écrasement E, pour amener la section de toutes les attaches postérieures de la langue. Il ne reste plus qu'à détacher l'organe du plancher de la bouche, et pour cela, il suffit de conduire la chaînette d'un appareil à écrasement D de manière à lui permettre de comprendre dans l'anneau qu'elle forme tout ce qui reste des attaches de l'organe au plancher buccal. De cette manière, l'extirpation complète de la langue s'effectue par l'action successive de deux divisions sèches qui préviennent toute chance d'hémorrhagie.

Autre procédé pour l'ablation totale. — Une aiguille légèrement courbée et armée d'un fil pénètre dans une des gouttières latérales du plancher de la bouche, en évitant le canal de Warthon, qu'on laisse en dehors. Cette aiguille vient sortir sur la ligne médiane, à travers la peau de la région sus-hyoïdienne. L'autre extrémité du fil, également armée d'une aiguille courbe, est jetée en anse transversale sur la face dorsale de la langue, près de sa base. L'aiguille, pénétrant dans la rainure latérale du plancher de la bouche du côté opposé à celui par lequel on avait ponctionné d'abord, vient également se présenter à la ligne médiane, dans le point de sortie de la première aiguille. On a de cette manière un anneau qui entoure la face supérieure, les faces latérales de la langue, et qui vient se fermer à la région sus-hyoïdienne. C'est alors qu'on attache à l'une des extrémités du fil la chaîne de l'écraseur, puis on conduit cette chaîne de manière à lui faire parcourir tout le trajet que décrit la ligature primitivement placée. Quand la chaîne est ainsi disposée, on n'a plus qu'à mettre en jeu l'instrument, et la constriction graduelle opère la séparation des attaches postérieures de la langue ; il ne reste plus qu'à détacher la portion de langue ainsi divisée d'avec ses implantations sur le plancher de la bouche. C'est à quoi l'on arrive en présentant un écraseur à plat dont la chaîne opère la section du pédicule dans un sens franchement horizontal.

Dans le but d'abréger la manœuvre, on peut armer chacune des extrémités du fil d'une aiguille, pénétrer avec chaque aiguille dans une des rainures bucco-linguales, et sortir en bas sur la ligne médiane, de manière à avoir une anse jetée à cheval sur le dos de la langue, près de sa racine.

Dans les procédés qui viennent d'être décrits, on a vu que l'action des deux écraseurs, de celui qui divise les attaches postérieures et de celui qui sépare la langue du plancher buccal, était successive. On comprend dès lors que la durée totale de l'opération représente le temps qu'exigeraient deux sections distinctes et faites à la suite l'une de l'autre; mais il est très-facile de combiner les manœuvres opératoires entre elles, de manière à abréger de moitié la durée de l'opération en appliquant deux écraseurs à la fois, l'un pour la section du corps de la langue, l'autre pour la division des attaches de sa partie inférieure.

Voici comment on peut réaliser la combinaison dont il s'agit.

Au moyen de l'aiguille à chas ouvert présentée à plat dans le sens transversal, on circonscrit les attaches inférieures de la langue, en passant directement d'une des rainures bucco-linguales dans l'autre; de cette manière, on met en place un premier écraseur.

La langue est amenée en avant, et l'on place, au moyen des procédés déjà indiqués, le fil, puis la chaînette qui doit diviser la langue perpendiculairement à sa longueur en venant sortir à la région sus-hyoïdienne. Pour que le résultat des deux sections soit en concordance parfaite, et qu'aucune portion de tissu intermédiaire à ces deux sections ne puisse échapper, il faut bien prendre garde à faire tomber exactement, au même point d'introduction, dans les rainures buccales, la chaîne qui doit agir horizontalement et celle qui doit agir dans le sens vertical. Une fois que les deux instruments sont en place, on n'a plus qu'à combiner leur action, de manière que celle de l'un marche à peu près du même pas que celle de l'autre.

Avant toutes les opérations de ce genre, il est nécessaire ou du moins très-utile de s'assurer de la manière dont le sujet supporte l'usage d'une sonde œsophagienne, et, s'il y a lieu, de lui faire à l'avance une sorte d'éducation à cet égard, attendu qu'il faut compter sur les chances d'une difficulté plus ou moins grande de l'alimentation immédiatemont après l'opération et même pendant ses premières suites. Or, si l'on n'avait recours à l'introduction de la sonde œsophagienne pour la première fois qu'après l'opération, et si le malade n'avait subi aucune préparation de ce genre, on pourrait éprouver des difficultés réelles.

Jusqu'ici nous n'avons rien dit de l'espace de temps qu'on doit mettre à opérer la section complète des parties embrassées par les deux écraseurs. Une règle absolue à cet égard ne sera peut-être jamais nettement formulée; du moins ne pourrait-elle l'être que sur

un grand nombre d'observations faisant connaître le minimum de temps auquel on peut s'arrêter, sans faire courir aucun risque d'hémorrhagie.

Dans la première opération que je fis à l'hôpital Saint-Antoine, en 1852, la section complète ne fut effectuée qu'au bout de quarante-huit heures. La crainte de produire une hémorrhagie, et le peu d'expérience que j'avais encore du moyen nouveau que j'employais, me rendaient fort timide. Plus tard, ce que j'ai observé touchant les résultats de l'écrasement linéaire appliqué aux tumeurs hémorrhoïdales, qui ont pu être enlevées sans hémorrhagie au bout de douze minutes et même moins, m'a enhardi. Les expériences faites sur les animaux m'ont également prouvé qu'on était sauvegardé contre l'hémorrhagie, bien plus que je ne l'avais supposé d'abord, et je crois aujourd'hui que vingt à vingt-cinq minutes, une demi-heure au plus, représentent le maximum du temps qu'il convient d'exiger pour la séparation complète de la langue.

Toutefois, je serais loin de blâmer l'opérateur qui, par surcroît de prudence, mettrait un temps plus considérable à effectuer la section complète. Il faut bien se rappeler que, une fois la première constriction passée, l'instrument peut rester en place, et que l'on peut faire marcher la crémaillère à des intervalles plus ou moins éloignés, sans causer de très-vives douleurs au malade. Cette constriction est en effet tellement bien graduée par le mécanisme de la crémaillère, que chaque pas de l'instrument représente une quantité de mouvement excessivement petite, de telle sorte que toute secousse douloureuse est épargnée au malade. Il est important d'avoir des appareils légers, afin de pouvoir les laisser sur place pendant un espace de temps plus long que celui qui est ordinairement employé dans les autres écrasements.

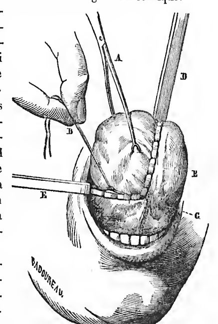
Pour l'emploi du chloroforme, voici à quelles règles je me réfère. A moins que le sujet ne soit très-pusillanime, je préfère placer les fils avant de recourir au chloroforme; ce n'est que quand ceux-ci sont placés que j'établis la tolérance anesthésique, qui me permet de compléter l'opération, sans causer de douleurs au malade.

2° *Amputation d'une moitié latérale de la langue.* — Il est encore nécessaire de recourir pour cette opération au même appareil, c'est-à-dire à deux ligatures et à l'aiguille à résection.

La pointe de la langue étant relevée et saisie avec un linge rude, on fait pénétrer par la face inférieure de l'organe une aiguille armée d'une ligature, et l'on vient ressortir sur la ligne médiane et en arrière. Une fois que la ligature a été engagée et ramenée à la face

dorsale de l'organe, on dispose l'appareil pour une section sur la ligne médiane d'arrière en avant. Une seconde aiguille, attaquant la langue par sa partie latérale et inférieure, sert de même à conduire un fil qui vient sortir de bas en haut dans le point d'émergence de la première ligature. Et de même que la première ligature métallique C, D, avait agi d'arrière en avant, c'est-à-dire parallèlement à l'axe de la langue, la seconde C, E, agit perpendiculairement à cet axe. La moitié latérale de la langue se trouve donc alors séparée dans le sens antéro-postérieur sur la ligne médiane et détachée en arrière dans toute son épaisseur. Il n'y a plus alors à diviser que les attaches inférieures, et ce dernier temps de l'opération s'accomplit par l'emploi d'une troisième ligature métallique.

3° *Ablation de la portion antérieure de la langue.*— Deux ligatures métalliques sont encore ici nécessaires. La première est conduite en faisant passer le fil conducteur dans un sens transversal et horizontal à la partie inférieure de la langue. Ce fil sert à conduire la ligature métallique, de manière à lui donner la disposition d'un anneau transversal à la partie inférieure de l'organe.



Une seconde chaîne métallique est également conduite dans le sens transversal de l'une des rainures latérales de la langue dans celle du côté opposé. Mais, tandis que l'anneau de la première chaîne embrassait les attaches inférieures de la langue d'arrière en avant, l'anneau de la seconde chaîne vient former une anse qui entoure la face dorsale de la langue dans un sens perpendiculaire à la direction longitudinale de l'organe.

Les deux appareils, mis en jeu simultanément, opèrent alors la séparation des attaches inférieures, et celle de la portion du corps de la langue dont on veut faire l'ablation.

4° *Ablation d'un noyau lingual.* — Voici comment l'opération être faite.

Le chirurgien saisit avec un linge rude, avec le coin de son tablier, par exemple, la partie à extraire. Il fait jeter une anse de fil qui tombe juste à la limite de la pointe de ses doigts, et au moyen de cette anse il exécute une première constriction préparatoire. Aussitôt que le nœud est fait, il y a formation d'un pédicule, sur lequel la ligature métallique est appliquée, et accomplit la séparation définitive sans effusion de sang.

Pour pédiculiser le noyau lingual, avant l'application de l'écraseur, on peut également employer avec avantage notre érigne à crochets multiples et convergents, qui s'applique très-avantageusement pour la mise en saillie d'un noyau circonscrit à la surface d'un organe mou, les crochets, par leur multiplicité même, ayant beaucoup moins de chances de déraper en déchirant le tissu de l'organe.

Les observations suivantes, relatives à des cancers de la langue auxquels la méthode de l'écrasement a été appliquée avec une réussite complète, viennent à l'appui des assertions émises dans ce travail.

Obs. I. *Cancroïde de la langue ; ablation par écrasement linéaire. Guérison.*—Le nommé Desbarre, raffineur, cinquante-quatre ans, rue Mogador, 25, est entré l'hôpital La Riboisière le 1er décembre 1854.

Il y a quatre mois, ce malade a ressenti dans la langue des picotements, avec gêne des mouvements nécessaires à la mastication. La douleur cessa pendant quelque temps, puis reparut, il y a deux mois, avec une nouvelle intensité.

On constate, vers la pointe de la langue, l'existence d'une induration à centre ulcéré et fongueux ; les bords sont hérissés de petites élevures végétantes, et présentent à la palpation une zone indurée, qui se propage sur les parties latérales de l'organe et jusqu'au plancher buccal.

L'opération est pratiquée le lundi 11 décembre 1854.

Une aiguille courbe embrasse, par sa concavité, les parties molles qui relient la langue au plancher de la bouche. Cette aiguille porte un fil qui lui-même est destiné à conduire un des fils de la chaîne. Le fil est passé et entraîne la chaîne, et la langue se trouve pressée au niveau de sa partie moyenne par l'anse métallique. L'appareil est mis en jeu ; le malade accuse tout d'abord des douleurs assez vives. On calme ces douleurs en administrant le chloroforme ; puis on augmente peu à peu la constriction, qui est maintenue au même degré pendant une demi-heure, après quoi le malade est reporté à son lit, l'instrument restant en place.

Toutes les deux heures, on augmente la constriction d'un pas de la crémaillère. La langue, examinée le soir, est blanchâtre à la surface ; elle est tendue et fortement étranglée par l'anse métallique.

Le 12. Le malade a pu dormir. A la visite, on complète la section sans interruption aucune ; il s'écoule un peu de sang. — Glace, ratanhia. Une ligature

en fil est passée au niveau des parties molles qui relient la pointe de l'organe au plancher buccal, et l'hémorrhagie est suspendue.

Le 13. Il ne s'est point écoulé de sang pendant la journée; le malade a pu dormir. L'écraseur est passé transversalement au niveau du pédicule des parties molles qui retiennent encore la langue contre le plancher buccal; la partie sectionnée commence à exhaler l'odeur gangréneuse.

Le 14. L'extrémité antérieure de la langue est tombée ce matin; on distingue bien les deux surfaces de section, l'une verticale, l'autre transversale; elles sont couvertes d'un enduit blanchâtre formé de lymphe plastique et de mucus. Pas une goutte de sang.

Le 15. Même état local; ni fièvre ni hémorrhagie; le malade articule quelques mots.

Le 16. Le malade ne souffre pas; il se promène dans la salle. Pas de fièvre. Les parties sectionnées sont recouvertes d'un enduit pultacé moins abondant qu'hier.

Le 17. Santé générale bonne; appétit; constipation. — Eau de Sedlitz.

Le 18. Pas de fièvre; la langue a beaucoup diminué de volume.

La plaie est cicatrisée; le tissu de l'organe est mou et complétement normal.

Le 19. La langue se couvre d'un enduit blanchâtre. Attouchement avec la solution à 5 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Dysphagie et gêne dans la déglutition. On nourrit le malade au moyen de la sonde œsophagienne. — Bouillon, lait, œufs.

Le 20. Le malade peut avaler sans le secours de la sonde œsophagienne. Il prend un litre de bouillon par jour.

Le 22, accidents de bronchite.

Le 23, *exeat.*

Le malade a été visité par M. Hervez de Chégoin, après cicatrisation de la langue.

Depuis, nous avons pratiqué trois autres amputations partielles de la langue. Nous en donnerons un résumé avant de poser nos conclusions. *(La fin au prochain numéro.)*

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formule pour l'emploi thérapeutique de l'acide valérianique et du valérianate d'ammoniaque.

Le valérianate d'ammoniaque, dont l'expérimentation se poursuivait depuis trois années dans les cliniques des hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre, est sorti tout à coup de ces voies silencieuses, mais sûres, pour entrer dans de périlleux conflits. J'aurais voulu éviter cette phase de la question amenée par une publication un peu hâtive, car, « le bruit ne fait pas de bien, et le bien ne fait pas de bruit; » cela n'a pas dépendu de moi. Cependant les débats auxquels mon produit vient de donner lieu dans la presse me forcent

à sortir de la réserve que je m'étais imposée jusqu'au moment où tous les travaux que je poursuis depuis dix années eussent été terminés.

On a pensé à tort que j'avais la prétention d'avoir découvert le nouveau sel ; comme produit chimique, le valérianate d'ammoniaque est connu depuis la découverte de l'acide valérianique par Grote. L'action que l'ammoniaque exerce sur cet acide engagea ce savant chimiste à considérer son nouveau produit comme de l'acide phocénique ; il en possède, en effet, toute l'isomérie, propriété que partage également l'acide butyrique. M. Chevreul, dans ses considérations sur les analyses organiques, donne sur ces deux acides des développements étendus qui sont applicables à l'acide valérianique ; je me permettrai d'ajouter que l'acide extrait de la valériane combiné avec l'ammoniaque n'existe à l'état solide que lorsqu'il contient un excès de base. Nous verrons tout à l'heure ce à quoi cette constatation devait me conduire, car je dois dire tout d'abord que je n'ai jamais eu d'autre prétention que de fournir aux praticiens un mode d'administration des principes actifs de la valériane meilleur que ceux qu'ils possédaient.

Un mot des circonstances qui ont provoqué ces recherches fera mieux comprendre ma pensée. De toutes les préparations de la valériane, la plus efficace, et partant la plus employée, est la poudre. On sait encore que son action s'use promptement, et qu'il faut continuer longtemps son usage, et en porter souvent la dose à 30 et même 60 grammes dans les vingt-quatre heures. Témoin dans ma propre famille de la répugnance qu'inspire l'ingestion de ces hautes doses de poudre de valériane, la pensée me vint de fournir à mon intéressant malade une préparation qui mît sa patience à une moins rude épreuve.

Je me mis donc à réfléchir sur cette question, et me trouvai immédiatement en face de deux assertions contradictoires. Tandis que les auteurs qui se sont le plus occupés de l'étude des propriétés thérapeutiques de la valériane n'hésitent pas à accorder la prééminence à la racine fraîche, il était enseigné en pharmacologie que pour les préparations, et surtout celle de l'acide valérianique, il fallait se servir exclusivement de la racine sèche. Suivant les chimistes, le principe actif ne préexistait pas dans la plante, et y était un produit d'oxydation. Grâce aux travaux auxquels je me suis livré, cette erreur est redressée ; mais dans les sciences il ne suffit pas d'énoncer une vérité, il faut qu'elle soit sanctionnée par un jury compétent. Or, c'est seulement dans sa séance du mois dernier que la Société de

pharmacie a été édifiée sur la valeur de mes assertions par un rapport de M. Lefort. Comme la valeur pharmaceutique de mon produit repose tout entière sur ce fait de la préexistence de l'acide valérianique, on comprend que, voulant éviter les critiques, je devais attendre le verdic de la savante compagnie, avant de produire ma formule.

L'expérimentation est moins exigeante; aussi dès que j'eus acquis la conviction de la préexistence de l'acide dans la racine fraîche de la valériane, et qu'il me fut possible d'espérer que son emploi pourrait être substitué utilement à celui de la plante, je voulus faire procéder à des essais. Je dus pour cela formuler une préparation. La plus simple était une solution concentrée d'acide valérianique dans l'eau distillée en proportion déterminée. Elle ne satisfit pas toutes mes exigences : l'acide est d'une nature grasse et caustique, partant d'une dissolution difficile et d'un emploi dangereux. J'essayai donc diverses bases pour rendre tout à la fois ma solution d'acide valérianique facile et neutraliser son acide. Je ne tardai pas à m'assurer que l'emploi de l'ammoniaque était la substance qui répondait le mieux à mes desseins. J'obtenais ainsi une solution de valérianate d'ammoniaque, au lieu d'acide valérianique pur. Restait à l'expérimentation thérapeutique à prouver si l'intervention de la base n'en modifiait pas l'action; chimiquement parlant, j'avais tout fait pour conserver la prééminence à l'acide valérianique, cela ne suffisait pas. Le *Bulletin de Thérapeutique*, dans un récent article à propos des valérianates, disait que si ces sels avaient disparu de la pratique, cela tenait à ce que le commerce avait substitué des butyrates aux valérianates; le fait est vrai, mais ce n'est pas la seule cause. L'expérimentation clinique des valérianates de zinc et de quinine, par exemple, a montré que ces nouveaux agents thérapeutiques n'avaient d'autre valeur que celle de leur base. Cette démonstration faite, on n'avait plus à recourir à des produits chimiques dont le prix est excessif. Instruit par cet exemple, et voulant que ma solution nouvelle continuât à devoir toute son efficacité à l'acide valérianique, j'eus soin que ma préparation ne fût jamais basique, et je m'arrêtai à la formule suivante :

Pr. Eau distillée	95 grammes.
Acide valérianique	3 grammes.
Sous-carbonate d'ammoniaque	Q. S.

Pour neutraliser l'acide, ajoutez :

Extrait alcoolique de valériane	2 grammes.

J'ai dit que pour conserver à ma solution les effets thérapeu-

tiques de l'acide, au lieu de lui substituer celle de l'ammoniaque, j'avais grand soin que ma préparation ne fût point basique. Je dois dire également pourquoi j'ai ajouté un peu d'extrait alcoolique de la plante, car la charité confraternelle a été jusqu'à présenter cette addition comme une sorte d'adultération dont je me serais rendu coupable envers mon produit, et cela dans un but industriel.

On a dû se convaincre que le but constant de mes efforts a été de fournir à l'expérimentation un produit qui représentât toute la valériane. L'acide, quoiqu'il soit le principe le plus actif, n'est pas seul, l'analyse fournit une matière extracto-résineuse; or, c'est cet équivalent que j'ai voulu introduire dans ma préparation par l'addition de l'extrait. Depuis, j'ai eu la satisfaction de constater que cette addition, tout en répondant au désir que j'avais de rassembler les éléments divers du médicament, avait encore pour résultat d'en assurer la conservation.

Arrivé ainsi, après bien des essais, à obtenir une préparation stable, je n'hésitais pas à l'offrir à l'expérimentation de quelques praticiens jaloux des progrès de la science. Il restait à leur indiquer la posologie du nouveau médicament; or, comme 30 grammes de racine fournissent à la distillation 30 centigrammes d'acide, la solution étant titrée au vingt-cinquième, je les engageai à débuter par une dose de 5 grammes (une cuillerée à café) répétée le soir et le matin (1).

Les résultats qu'ils obtinrent dans les circonstances morbides auxquelles on applique avec le plus de succès les propriétés thérapeutiques de la valériane ne laissèrent aucun doute sur la valeur de cette substitution de l'acide aux autres préparations de valériane.

L'efficacité du valérianate d'ammoniaque dans les cas de troubles nerveux, accidents protéiformes de l'état hystérique; vertiges, spasmes, etc. Les essais faits dans quelques-unes des incommodités qui assiégent les femmes pendant leur époque critique; et surtout les nombreux exemples de névralgies rebelles guéries par mon valérianate d'ammoniaque m'enhardirent au point de vouloir soumettre ma préparation à la plus rude épreuve qu'elle pût subir : son expérimentation contre l'épilepsie. Afin que les résultats fussent hors de toute contestation, je m'adressai aux médecins chargés du service des épileptiques dans les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre.

---

(1) Dans mon Mémoire adressé à la Société de pharmacie, j'ai démontré que la quantité d'acide que contiennent les racines, soit fraîches, soit sèches, peut être évaluée à un centième de leur poids.

Lorsqu'en 1853 je me présentai à l'hospice de la Salpêtrière, M. le docteur Moreau (do Tours) remplaçait M. le docteur Lélut, Il eut l'obligeance de prescrire mon valérianate d'ammoniaque à une série de femmes épileptiques. Les résultats des premiers essais ne furent pas défavorables à ma préparation, puisque M. le docteur Lélut, lorsqu'il vint reprendre son service, continua l'expérimentation. Plus tard, ce savant médecin recommanda ma préparation à M. le docteur Foville, qui l'a prescrite dans sa pratique privée. MM. Baillarger et Mitivié, médecins des autres sections de la division des aliénés de la Salpêtrière, témoins des résultats obtenus par leur collègue désirèrent l'essayer à leur tour. Sur la recommandation de M. le docteur Moreau (de Tours), M. Delasiauve, médecin de la section des épileptiques à l'hospice de Bicêtre l'a expérimenté à son tour. Je me borne à signaler ici les établissements publics dans lesquels les essais se faisaient au grand jour et sur une large échelle, afin de prouver que jamais je n'ai voulu mettre la lumière sous le boisseau.

L'appréciation de la valeur de ma solution de valérianate d'ammoniaque n'étant pas de mon ressort, je m'abstiens de toucher à cette question. Qu'il me soit toutefois permis de faire remarquer que si les essais se sont poursuivis pendant une si longue durée, c'est qu'ils ont dû fournir des résultats favorables. Je laisse donc à ces savants médecins le soin de publier leurs observations lorsqu'ils le jugeront convenable; pour moi, je devais me borner, et j'ai la conscience de l'avoir fait, à tenir à leur disposition toutes les quantités de valérianate que ces expérimentations exigeaient. En échange des sacrifices que je m'imposais, jamais, ils me rendront cette justice, je n'ai sollicité aucune publication.

Tels sont les faits relatifs à ma solution de valérianate d'ammoniaque dans toute leur simplicité; ils ne méritaient pas, on le voit, tout le bruit qui a été fait à propos de l'expérimentation de ce nouveau produit pharmaceutique. Je n'ai d'autre prétention, je le répète en terminant, que de fournir à la pratique médicale un moyen d'administrer de hautes doses des principes actifs de la valériane, sans que la médication impose aux malades une trop rude épreuve. En cela, je n'ai point dépassé, je crois, le rôle du pharmacien.

Pierlot.

Mode de préparation de l'huile iodo-ferrée.

Les essais thérapeutiques tentés il y a quelques années avec cette huile ont fourni des résultats assez remarquables pour que nous

consignions le mode de préparation suivant, que recommande un pharmacien distingué, M. Adolphe Schaeuffèle.

Pr. Iode	2,25	centigrammes.
Limaille de fer	30,00	grammes.
Huile d'amandes douces	800,00	grammes.
Ether sulfurique à 66° B	8,00	grammes.

Triturez rapidement l'iode et la limaille de fer, puis introduisez dans un flacon à l'émeri, que vous humecterez avec l'éther. La réaction ne tarde pas à s'accomplir et est indiquée par le changement de couleur qui s'opère dans la masse. En effet, dans les premiers moments de la combinaison, il se forme un iodure de fer ioduré brun foncé, puis l'iode, étant complétement absorbé, passe à l'état de proto-iodure presque incolore. A ce moment on versera le proto-iodure et l'excès de fer avec lequel il est en contact dans une capsule de porcelaine contenant la totalité de l'huile d'amandes douces et on chauffera au bain-marie jusqu'à ce que l'éther ait disparu. Le proto-iodure de fer, ainsi obtenu à l'état naissant, se dissout avec la plus grande facilité dans l'huile, et il ne reste plus qu'à filtrer le produit obtenu pour séparer le fer non attaqué.

L'huile iodo-ferrée ainsi préparée devient un médicament magistral pouvant être obtenu extemporanément et contenant une proportion de fer exactement dosée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvelle observation à l'appui de l'action du valérianate dans les névralgies symptomatiques : Réponse à M. Legrand.

Le numéro du 30 décembre du *Bulletin de Thérapeutique* contient un article de M. le docteur Legrand, auquel je me fusse contenté de répondre en publiant la suite de mes observations, si son caractère insinuant et agressif ne m'eût imposé l'obligation d'anticiper sur mes travaux. Jusqu'ici la discussion à propos du valérianate d'ammoniaque avait porté sur des détails de fabrication et de posologie ; aujourd'hui M. le docteur Legrand aborde une question de personnalité scabreuse, et dont il n'a pas sans doute calculé l'importance en laissant derrière lui diverses pièces assez délicates dont il ne niera plus l'authenticité, car elles sont signées de sa main.

Je ferai remarquer à M. le docteur Legrand que si je ne produis pas ces pièces aujourd'hui, c'est par égard pour le caractère sérieux du *Bulletin*, et d'autre part, M. Legrand a depuis longtemps démontré par ses actes, qu'à lui moins qu'à personne appartient le

droit de porter atteinte à l'honorabilité de ses confrères; il suffira donc de suivre pas à pas ses allégations.

Après avoir étayé sa logique d'erreurs plus ou moins volontaires, mon confrère termine avec solennité. Je cite textuellement : « Ce sont ces mêmes motifs, joints à la convenance qu'il y a toujours en fait de médecine pratique à dire la vérité et rien que la vérité qui m'ont dicté cette réclamation. »

Or, voici la réclamation de M. Legrand. Après avoir établi l'amélioration prolongée de l'état de Mme de F***, il dit : « Ce n'est du reste pas la première fois que Mme de F*** éprouve des rémissions dans sa maladie. Après un traitement par la cautérisation transcurrente et ponctuée, dirigée avec autant de talent et de bienveillante sollicitude par M. Jobert, elle avait aussi obtenu une rémission telle, qu'elle avait repris l'éclat que comportait une des plus *brillantes* santés que j'aie jamais connues. »

Voici comment Mme de F*** rend compte de cette brillante santé. Je crois devoir publier toute cette lettre, non-seulement comme une réfutation des insinuations de mon très-honoré collègue, mais aussi comme un document scientifique d'un vif intérêt.

« Mon cher docteur,

« Je m'empresse de vous accuser réception de votre lettre et de répondre à vos questions.

« Avant l'extraction de la dent, qui a été la cause primitive de l'horrible névralgie dont je suis atteinte depuis 1850, M. le docteur Velpeau, appelé près de moi par le docteur Legrand, avait conseillé les calmants et la non-extraction de la dent, bien que je fusse dans un état de faiblesse extrême, par suite de l'impossibilité d'ouvrir assez la bouche pour prendre des aliments.

De plus en plus malade, d'après le conseil de M. Legrand, je fis appeler en consultation le docteur Jobert de Lamballe, qui ordonna l'extraction immédiate de la dent. Cette extraction eut lieu en octobre 1851, par les soins habiles de M. Evans. Aussi souffrante après qu'avant l'opération, et ayant de plus un écoulement de la narine droite provenant, disait-on, du sinus, je fis appeler de nouveau M. Velpeau, qui, cette fois, prescrivit de priser du calomélas et du sucre, puis du sucre et du sublimé.

« L'écoulement cessa momentanément, mais je fus dès lors de plus en plus malade. Ne trouvant nulle part de soulagement à mes tortures, je voulais appeler d'autres lumières, d'autres médecins.

« Sir Joseph Oliffe, médecin de l'ambassade d'Angleterre et le

docteur Bigelone me donnèrent les soins les plus éclairés, mais sans amélioration. Par l'avis de ces messieurs, je fis appeler de nouveau le docteur Jobert de Lamballe, et je crois devoir la vie au traitement par cautérisation qu'il employa.

« Les forces humaines n'auraient pu résister plus longtemps aux tortures auxquelles j'étais en proie, lorsque M. Jobert de Lamballe commença ce traitement, traitement qui, autant que je puis m'en souvenir, dura cinq à six mois.

« Je conserverai toujours un frissonnant souvenir de la triste joie que j'éprouvais quand je voyais s'approcher de mon visage le fer rouge, car après chaque opération les douleurs diminuaient, puis disparaissaient. Malheureusement, après un certain temps, elles revenaient, et ce traitement est au nombre de ceux qu'on ne peut pas toujours employer.

« *Bien que la première intensité* (si je puis m'exprimer ainsi) *des douleurs eût cédé au traitement par cautérisation*, *ma vie n'en restait pas moins un supplice de tous les instants.*

« Une préparation de codéine, qui m'avait été prescrite par mon ami, le docteur Legrand, est au nombre des médicaments qui m'ont le mieux réussi. Elle avait modifié le système nerveux en général et avait assoupi mes douleurs. *Mais je dois à la vérité d'affirmer qu'aucun des médicaments, et Dieu sait en quel nombre, qui m'ont été prescrits par différents médecins, ne m'a soulagée, ni aussi longtemps, ni aussi efficacement que le valérianate d'ammoniaque.*

« *Du mois de janvier au mois d'août, à part quelques douleurs qui disparaissaient aussitôt que je reprenais l'usage du valérianate d'ammoniaque*, que je cessais de temps à autre, dans la crainte d'user ce médicament, *je me suis portée à merveille*. J'ai pu reprendre mes habitudes, et surtout j'ai pu *constamment mastiquer* mes aliments, *ce que je n'avais pu faire qu'à de rares et courts intervalles depuis six ans !*

« L'écoulement de la narine qui, depuis l'extraction de la dent, me venait de temps en temps, accompagné d'une odeur dégoûtante dans l'arrière-gorge, avait cessé depuis plus d'un an. Mais au moment de la rechute, survenue au mois d'août, *l'odeur s'est renouvelée*, et il m'a été impossible de continuer l'usage du valérianate d'ammoniaque ; la plus petite quantité causant une violente agitation, quand, avant cette époque, je prenais par jour avec succès jusqu'à trois cuillers à soupe.

« Je dois ajouter à cette interminable histoire que, malgré les horribles souffrances auxquelles je suis en proie depuis plus de six

semaines, les douleurs névralgiques *ne répercutent plus au cerveau comme elles faisaient avant l'usage du valérianate d'ammoniaque*, ce qui les rendait intolérables.

« J'espère que plus tard je pourrai reprendre l'usage du valérianate d'ammoniaque, et Dieu veuille que ce soit avec le même succès que j'ai obtenu depuis plus de six mois.

« Recevez, etc. « Marquise De Fontanelle.

« Paris, ce 3 octobre, 1856. »

On voit par la lettre de Mme de F*** qu'un élément nouveau, à moi jusqu'alors inconnu, surgit dans l'affection qui nous occupe.

J'ignorais que Mme de F***, à la suite de l'ablation de cette dent, eût été atteinte d'une inflammation de l'os maxillaire et des sinus, que cette inflammation eût produit une suppuration abondante, s'écoulant par l'arrière-gorge et par la narine droite, et que des fragments alvéolaires fussent sorti par la gencive. Cette suppuration a reparu dans l'arrière-gorge depuis la fin d'août; la névralgie ne s'est donc déclarée de nouveau, cette fois, qu'avec la récidive d'une affection osseuse caractérisée d'abord par la tuméfaction, la rougeur, la chaleur, la tension de la pommette, et enfin, après trois semaines, par la suppuration dans l'arrière-bouche. Cette névralgie n'est donc pas idiopathique comme je le croyais, et cependant le valérianate d'ammoniaque a pu réussir.

Depuis le 17 octobre, tous les accidents inflammatoires ont diminué, la suppuration s'est tarie peu à peu, les douleurs se sont calmées après avoir été très-violentes, et cela, sans que la malade ait repris aucun médicament antinévralgique; ceci n'avait jamais eu lieu avant l'usage du valérianate d'ammoniaque.

J'ai observé dans cette circonstance un caractère bien particulier du valérianate d'ammoniaque, c'est que du jour où la douleur s'est réveillée, que la tuméfaction de la joue a commencé, le valérianate d'ammoniaque, qui avait été pris avec succès à la dose de trois cuillerées à soupe, devint alors, à la dose d'une seule cuillerée à café, aussi excitant qu'il avait été calmant naguère.

J'ai essayé deux fois depuis de revenir à son emploi, deux fois les plus petites doses produisirent les mêmes effets.

Pour répondre plus péremptoirement encore au reproche que m'adresse M. Legrand d'avoir basé un procédé thérapeutique sur des observations insuffisantes ou peu véridiques, il me suffirait de publier quelques-unes des vingt et une observations de névralgies traitées avec succès par le valérianate d'ammoniaque que je possède en ce moment. Je réserve ces faits pour un travail dans lequel j'aurai à

faire marcher parallèlement l'étude thérapeutique de la valériane et celle des valérianates acide et basique offerts à l'expérimentation par MM. Pierlot et Laboureur.

Je me bornerai pour aujourd'hui, voulant que ma réponse à M. Legrand profite à nos confrères, à citer l'observation d'une névralgie symptomatique analogue à celle de Mme la marquise de F... dont je dois la communication à l'obligeance de mon excellent maître et ami, M. le docteur Desmarres.

M. Legrand me fera sans doute la faveur de ne pas contester l'authenticité de ce document, et sa publication prouvera l'excellence de cette doctrine des éléments morbides que M. le professeur Forget développe avec tant de talent dans ce journal.

Obs. *Choroïdite intense. — Traitement antiphlogistique énergique. — Névralgie (symptomatique). — Valérianate d'ammoniaque. — Cessation des accidents.* — M. S..., boulevard des Italiens, est atteint d'ophthalmie, le 7 juin 1856. Son médecin ordinaire le purge plusieurs fois, lui applique des vésicatoires à la nuque et ordonne l'iodure de potassium.

Le 13, des douleurs névralgiques compliquent la maladie. M. S... va consulter le docteur Courserand. Plusieurs saignées sont pratiquées sur la muqueuse nasale ; vingt ventouses scarifiées à la joue ; frictions avec l'onguent mercuriel belladoné ; privation complète de la lumière ; tartre stibié à l'intérieur ; dilatation de la pupille et très-peu de nourriture.

Ce traitement affaiblit excessivement le malade ; la névralgie devient des plus intenses.

Le 12 juillet. M. S... fait appeler M. Desmarres, dont je reproduis la note :

« Je trouve M. S... enfermé dans une chambre obscure. Il est pâle, amaigri et affaibli, au point que la marche est devenue à peu près impossible.

« La diète à laquelle il avait dû être soumis, le traitement antiphlogistique sévère, la réclusion, l'avaient mis, suivant lui, dans cette fâcheuse position.

« Les fenêtres étant ouvertes, j'examinai l'œil, non sans difficulté, car il avait une photophobie des plus intenses. La vue était entièrement abolie ; la pupille était largement dilatée, et l'œil atteint évidemment d'une choroïdite subaiguë. L'œil droit était sain.

« Mon but ne pouvait donc être que de rétablir la santé et de calmer les douleurs. J'ordonnai de prendre, matin et soir, 0,10 de sulfate de quinine.

« Malgré le soin du malade à prendre les pilules, pendant une intermittence la névralgie redoubla après chaque administration, et cela jusqu'au 23 juillet. J'ordonnai alors le valérianate d'ammoniaque de Pierlot, à la dose de trois cuillerées à café par jour.

« Dès le premier jour la douleur disparut à ce point qu'il y eut un sommeil tranquille jusqu'au matin, et que l'appétit reparut après deux ou trois jours d'administration.

« Le malade se trouva mieux de ne prendre que deux cuillerées à café par jour du médicament, se réservant de prendre une demi-cuillerée aussitôt que la douleur apparaissait. Cette petite dose réussit toujours à empêcher l'accès.

« Dès le premier flacon de valérianate, les intermittences avaient complétement

disparu, après le second les douleurs étaient nulles; aujourd'hui le malade a suspendu presque entièrement son usage.

« Le valérianate d'ammoniaque m'a donné, chez M. S..., la possibilité de rétablir sa santé en calmant ses douleurs et en lui rendant l'appétit ; il put recourir avec succès à une médication tonique. — Aujourd'hui, 18 octobre, j'ai vu le malade ; son œil gauche est atteint d'une choroïdite chronique, avec glocôme complet consécutif. »

Maintenant il me reste à répondre à des insinuations d'inconvenance et d'inopportunité dans la publication d'un article que je ne croyais pas destiné à d'aussi acerbes contestations. En effet, quelle était mon intention? Soumettre à nos confrères un remède antinévralgique nouveau, dont les résultats m'ont paru assez curieux pour mériter d'être signalés (1).

Nous sommes du nombre de ceux qui considèrent la médecine comme une mission d'humanité et de dévouement. A ce titre, toute conquête nouvelle dans le domaine de la thérapeutique nous paraît une propriété commune : heureux celui qui peut indiquer un nouveau germe, si inhabile qu'il soit à le féconder ; car, malgré ce qu'on nomme la consécration du temps, l'étude solitaire est stérile là où le travail collectif active et complète le résultat. G. Déclat.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Anasarque et ascite liées a une congestion du foie ; guérison rapide par les purgatifs drastiques a haute dose.—Une anasarque développée rapidement et compliquée d'ascite emporte aujourd'hui pour presque tous les médecins l'idée d'une affection particulière des reins, s'accompagnant de la présence de l'albumine dans les urines. Aussi les anasarques idiopathiques sont-elles regardées comme extrêmement rares. Il est cependant des cas dans lesquels l'albumine fait défaut dans les urines qui ont conservé leur coloration et leur composition normales. A ce titre, la réaction a été un peu trop vive contre les idées anciennes ; et les travaux d'ailleurs si précieux de Bright et de M. Rayer ont fait trop perdre de vue la possibilité d'anasarques d'une autre espèce. On se demande, par exemple, pourquoi les altérations du foie ne pourraient pas être le point de départ de certaines anasarques. Nous avons recueilli dans le service de M. Aran un fait intéressant, qui semble témoigner en faveur de cette opinion, le foie étant augmenté de volume au moment de l'anasarque et ayant diminué à partir de la diminution de

(1) La guérison de M. Letellier ne s'est pas encore démentie.

l'hydropisie pour revenir à des dimensions à peu près normales sous l'influence des purgatifs drastiques à haute dose.

Lenvin (Jean), âgé de vingt-six ans, fileur, entre le 18 août 1856 dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine (salle Saint-Antoine, n° 34). Cet homme, d'une constitution assez forte et assez robuste, d'une santé habituellement bonne, est indisposé depuis une quinzaine de jours, véritablement malade depuis une huitaine. Il a été pris, il y a quinze jours, de diarrhée qui s'est prolongée pendant quatre ou cinq jours, mais sans perte d'appétit. Il avait quatre ou cinq garde-robes dans les vingt-quatre heures environ, avec quelques douleurs dans le ventre, sans coliques proprement dites. En même temps que la diarrhée ou peu après, il a eu du mal de gorge, avec difficulté pour avaler sa salive, mais sans fièvre; peut-être avait-il déjà un peu d'œdème à la face. Toujours est-il qu'il y a huit ou neuf jours il a éprouvé de la lassitude dans les membres, et en regardant ses jambes, il s'est aperçu d'une enflure bornée aux cou-de-pied, mais qui a bientôt envahi les cuisses, et deux à trois jours après les parois de la poitrine; le ventre s'est tuméfié à la même époque. Du reste pas d'autres troubles dans la santé, et surtout pas de fièvre; il a continué à manger comme par le passé. Son alimentation est généralement assez pauvre : père d'une nombreuse famille, il se nourrit principalement de végétaux. Depuis trois mois il travaille dans un endroit humide, et pendant les grandes chaleurs il a bu beaucoup d'eau froide, de même qu'il a commis souvent l'imprudence de mettre ses pieds nus sur le pavé froid de son habitation pour se rafraîchir.

Toute la maladie de cet homme se réduit, dit-il, à l'enflure, qui a du reste de grandes proportions : la face dorsale des pieds, les mollets, la face interne des jambes, la partie interne des cuisses sont très-œdématiées et conservent longtemps l'impression du doigt. Peut-être un peu d'œdème de la peau du tronc, mais la face est surtout gonflée, les yeux disparaissent presque sous l'œdème des paupières. Enfin le ventre est fortement distendu; matité remontant depuis le pubis jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, se déplaçant par les mouvements; sensibilité assez vive à la pression de la région épigastrique, où la palpation permet d'ailleurs de reconnaître le développement exagéré du foie, dont le bord tranchant dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. Les urines sont aqueuses, mais ne précipitent ni par la chaleur ni par l'acide nitrique; elles ne brunissent pas non plus par la potasse. Quelques signes, assez douteux du reste, de tubercules aux deux sommets des poumons, surtout à droite; un peu de résistance à la percussion; al-

longement de l'expiration, faiblesse du murmure respiratoire et retentissement de la voix. La matité précordiale est sensiblement augmentée et de forme très-allongée; l'impulsion se perçoit dans le sixième espace intercostal gauche, à environ 9 ou 10 centimètres de l'axe du sternum; léger prolongement du premier bruit du cœur.

Traitement par les purgatifs drastiques principalement; mais de plus, le 19, on lui fait appliquer douze ventouses scarifiées sur la région du foie. Le même jour, potion purgative avec 30 grammes d'huile de ricin et de sirop de nerprun, deux gouttes d'huile de croton-tiglium. Le 20, poudre purgative avec gomme-gutte, 0,30; résine de jalap et de scammonée, de chaque 0,50, et savon médicinal 0,40. Le 21, la quantité de gomme-gutte est réduite à 0,50, avec addition de 0,30 de savon médicinal. Le 22, gomme-gutte et savon médicinal, 0,30 de chaque; mais les garde-robes, très-abondantes les 19, 20 et 21, ayant manqué le 22, la dose de gomme-gutte et de savon médicinal est reportée à 0,50 et continuée ainsi les 23 et 24 août.

Sous l'influence de ce traitement, l'œdème diminua rapidement; le 22, il a disparu presque complétement aux cuisses et à la partie antérieure des jambes; la matité abdominale ne dépasse pas un travers de doigt au-dessus du pubis; le 22, l'enflure a entièrement disparu, même à la face; le 22, l'ascite, à son tour, ne donne plus de traces de sa présence. Parallèlement à la disparition de l'anasarque et de l'ascite, le foie diminue de volume; le 21, il ne déborde les fausses côtes que d'un travers de doigt et demi; le 23, il est rentré sous les fausses côtes, et ne les dépasse plus qu'à l'épigastre de deux travers de doigt environ; toute sensibilité disparaît avec ce retour du foie à ses dimensions normales; la matité précordiale a diminué à son tour de 1 centimètre. La santé générale reste excellente, et tout en prenant ses purgatifs le malade mange successivement une, deux et trois portions d'aliments. Il sort le 28 août en très-bon état; la guérison s'est maintenue.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Acide carbonique *comme moyen de provoquer l'accouchement prématuré.* Depuis quelque temps l'acide carbonique joue un rôle en thérapeutique, nous pourrions même dire un double rôle, car à des propriétés excitantes spéciales déjà connues et utilisées dans diverses circonstances, il faut joindre aujourd'hui les propriétés anesthésiques locales récemment découvertes et dont on a déjà fait plusieurs applications utiles. Ce n'est pas de ce dernier mode d'action du gaz acide carbonique que nous voulons nous occuper en ce moment, mais bien du premier, ou du moins d'une application particulière qui se rattache plutôt à l'action excitante de

cet agent. Nous nous expliquerons plus tard sur l'apparente contradiction que semblent impliquer ces deux propriétés, qui ne s'excluent du reste nullement. Voici le fait qui nous intéresse pour l'instant.

Se basant sur l'observation de M. Brown-Séquard, qui démontre que l'acide carbonique provoque les contractions des muscles de la vie organique, et que les organes génitaux longtemps exposés à l'action de cet acide deviennent le siége de congestions intenses, M. Scanzoni a eu l'idée d'employer ce gaz pour réveiller le pouvoir contractile de l'utérus et déterminer le travail d'accouchement avant terme.

L'appareil employé par M. Scanzoni est un flacon de la contenance d'un litre, fermé hermétiquement d'un bouchon à deux ouvertures, par l'une desquelles un tube pénètre jusqu'au fond du vase; à l'autre orifice s'adapte un tuyau de corne, lequel s'emmanche à un tube de caoutchouc d'un mètre environ, terminé par la canule d'une seringue à injection ordinaire. On introduit du bicarbonate de soude puis de l'acide acétique par le premier tube, qui est muni d'un entonnoir. Un spéculum conique de verre est placé dans le vagin. Le tube de caoutchouc, engagé dans un bouchon, est introduit dans le spéculum, auquel le liége doit s'adapter exactement. On augmente ou l'on diminue à son gré la production d'acide carbonique suivant qu'on ajoute ou non de l'acide acétique.

Ce procédé a été employé pour la première fois par M. Scanzoni chez une femme de vingt-six ans, primipare, entrée à la Maternité de Würzbourg, le 28 janvier 1856, dans le septième mois environ de sa grossesse. Cette femme avait le bassin bas et étroit. Le diamètre antéro-postérieur n'avait que 3 pouces 1/4 à 3 p. 1/2. La portion vaginale du col avait 5 à 6 lignes, et l'orifice externe était fermé exactement. La tête du fœtus ballottait au-dessus de la portion antérieure de la voûte vaginale; les bruits du cœur s'entendaient à gauche, et l'on sentait à droite et en haut, près du fond de l'utérus, les extrémités du fœtus. L'étroitesse du bassin rendant l'accouchement à terme impossible sans le secours de l'art, M. Scanzoni se détermina à pratiquer immédiatement l'accouchement prématuré par le procédé que nous venons d'indiquer.

Le 2 février, à huit heures du soir, l'appareil fut appliqué pendant vingt minutes pour la première fois, sans provoquer de modifications notables.

Le 3, application à huit heures du matin pendant vingt-cinq minutes, et à huit heures du soir pendant une demi-heure. La femme ressentit, pendant que le gaz pénétrait dans le vagin, une sensation désagréable de picotements douloureux, et pendant le jour des élancements autour du nombril. Le soir, la portion vaginale du col était sensiblement ramollie; après une nuit bonne et tranquille, les élancements dans le nombril se répètent.

Le 4, l'appareil fonctionne une demi-heure le matin et une demi-heure le soir. Même picotement pendant l'application. Le col se dilate dans la journée, de manière à permettre au doigt de sentir le segment inférieur de l'œuf. Pendant la nuit, douleurs vives et rayonnantes dans les aines et dans les reins. Vers le matin, la main appuyée sur l'abdomen suit des contractions marquées de l'utérus, lesquelles, à vrai dire, cessent peu après.

Le 5 au matin, nouvelle application pendant une demi-heure, suivie du picotement ordinaire. L'orifice avait la dimension d'une pièce de deux francs; il cédait aisément et se laissait facilement dilater avec le doigt. La sécrétion vaginale est notablement augmentée. Dans l'après-midi apparaissent les contractions douloureuses de l'utérus, qui augmentent peu à peu d'intensité. A six heures et demie du soir, la poche se rompt, et une heure après a lieu l'expulsion d'un enfant vivant, pesant 1,550 grammes.

A part le picotement vaginal, qui semble n'avoir duré que pendant l'application du courant gazeux, l'emploi de l'acide carbonique n'a pas eu d'inconvénients sérieux, et il a agi assez énergiquement, puisque son action pendant trois heures trois quarts a suffi pour provoquer l'expulsion du fœtus.

M. le professeur Simpson, dans une communication récente à la Société d'obstétrique d'Edimbourg, a rapporté un cas semblable d'accouchement prématuré au huitième mois de la grossesse, qu'il avait mené à bonne fin à l'aide du même moyen plusieurs fois répété. Le savant accoucheur attribue principalement le résultat obtenu à une distension mécanique du vagin et du col, et aussi à ce que le gaz détache les membranes, comme le ferait une injection liquide. Avant de chercher la meilleure des deux explications, nous attendrons que les faits se multi-

plient. (*Wiener medicinische Wochenschrift* et *Edimb. med. Journ.*, 1856.)

Diabète sucré *guéri par le proto-iodure de fer*. Aux faits publiés par Martin-Solon et Combette, à l'appui du traitement de cette maladie par l'iodure de fer, nous ajouterons le suivant. M. le docteur Burguet est consulté, au mois de février dernier, par une dame âgée de cinquante-cinq ans, mère de seize enfants, qui se plaint d'avoir toujours été tourmentée depuis vingt-sept ans par une soif insatiable. La bouche est toujours sèche, les urines abondantes. Depuis cinq ans, c'est-à-dire à dater de la ménopause, l'amaigrissement est devenu plus considérable et la malade a perdu ses forces. Le pouls est petit, sans fréquence; la langue ne présente ni rougeur ni enduit; il y a peu d'appétit. Les urines sont claires, limpides, semblables à du vin blanc; la malade urine cinq à six fois dans la nuit. Un pharmacien les analyse et y constate la présence du sucre. M. Burguet eut l'idée d'expérimenter l'iodure de fer, qu'il administra à la dose de 10 centigrammes d'abord, puis de 20 par jour. Dès le premier jour la soif diminua, les urines devinrent moins abondantes, les forces revinrent. Dans l'espace de deux mois, la malade prit 5 grammes de proto-iodure. Le 15 août, les urines, analysées de nouveau par le même pharmacien, ne présentèrent aucune trace de sucre. Depuis quatre mois la santé de la malade se maintient parfaite. Nous avons rapporté textuellement l'observation publiée par notre confrère, parce que des lacunes regrettables s'y font sentir. Le fait d'une maladie à marche rapide, qui se prolonge pendant vingt-sept années sans donner lieu à des accidents graves, aurait dû engager notre confrère à nous dire la quantité de sucre contenu dans les urines de la malade. Le peu d'intensité des symptômes, et surtout la présence d'une transpiration habituelle abondante, au lieu de la sécheresse caractéristique de la peau, que l'auteur prend soin de noter, la promptitude de la guérison, tout eût dû engager l'auteur à ne pas se borner à faire simplement la mention que l'urine contenait du sucre. Sans les travaux plus complets de Combette et de Martin-Solon, il ne nous fût pas venu à la pensée de révéler le nouvel essai de M. Burguet. Là encore dans le résultat on trouve une différence : M. Burguet guérit sa malade avec des doses quotidiennes de 20 centigrammes, tandis que les deux autres médecins ont porté la dose à 1 gramme. (*Union méd. de la Gironde*, sept.)

Empoisonnement *par l'opium; résultat remarquable de l'emploi du marteau de Mayor*. Aux faits nombreux que nous avons publiés à l'appui de l'emploi de ce moyen puissant de stimulation, nous ajoutons le suivant, que M. Ch. Dubreuilh vient de communiquer à la Société de médecine de Bordeaux. — Mme X..., femme d'un employé supérieur du chemin de fer de Paris, âgée de trente ans et mère de famille, est sujette, depuis plusieurs années, à une gastralgie intense, dont les accès se renouvellent à des intervalles indéterminés. Le moyen qui lui réussit le mieux pour calmer ses douleurs, c'est un morceau de sucre sur lequel elle verse quelques gouttes de laudanum. Par une coïncidence bizarre, Mme X... a une amie intime porteur d'une affection chronique pour laquelle on emploie le laudanum à haute dose (par cuillerée à café). Cette amie faisait, le 30 avril dernier, le récit du bien-être qu'elle éprouvait, du sommeil paisible qu'elle goûtait après cette dose de médicament. Mme X... était en proie à des tortures atroces d'estomac. A neuf heures du soir, trois heures après son dîner, elle saisit, dans un moment de douleur plus vive, une petite fiole contenant tout au plus 5 ou 6 grammes de laudanum, et avale le contenu en une seule fois. Son mari et ses domestiques, vivement préoccupés de cet acte, lui font prendre de l'eau tiède, qui provoque des vomissements. M. Penaud, médecin à la Bastide, est appelé vers onze heures, conseille l'infusion de café, et comme Mme X... n'éprouvait aucun symptôme d'indisposition, qu'elle-même insistait vivement pour que tout le monde allât se coucher, on se retira pour ne pas la contrarier. Elle s'endormit à onze heures et demie. A une heure, sa femme de chambre, préoccupée par l'état de sa maîtresse, se leva et fut frappée de l'altération de ses traits. Immédiatement appelé, M. Penaud constata tous les symptômes d'un empoisonnement par l'opium. On ne put rien faire avaler à la malade, les dents étaient violemment serrées. On administra des lavements purgatifs, on fit des frictions sur les membres, on appliqua des sinapismes avec l'ammoniaque, puis des vésicatoires aux cuisses. C'est le matin, à huit heures

que M. Dubreuilh fut appelé pour voir Mme X... avec M. Penaud. La figure était bleuâtre, la respiration se faisait incomplétement et à de longs intervalles, les pupilles étaient contractées, les dents n'étaient plus si serrées, une écume fine s'échappait par la bouche après chaque respiration, le pouls était petit, la peau tiède, les membres dans l'état de relâchement; ce qu'on introduisait dans la bouche s'écoulait au dehors, et n'était pas avalé. M. Penaud avait employé tous les moyens qu'on pouvait mettre en usage; Mme X... était mourante. En présence de cet état si grave, M. Dubreuilh conseilla l'application du marteau de Mayor sur l'épigastre et autour du diaphragme. Un marteau à large tête fut apporté et mis à la température de l'eau bouillante; on en fit plusieurs applications aux lieux indiqués. A la première, l'inspiration devint plus profonde; aucun signe de sensibilité; l'écume à la bouche diminua, puis cessa après quelques instants. Chaque application produisit une vésication. La respiration se fit plus facile, plus longue, et se maintint ainsi jusque vers cinq heures du soir; à ce moment, Mme X... put avaler une cuillerée à café d'une potion excitante; ce mouvement de déglutition fut presque insensible. A onze heures du soir, vingt-sept heures après l'accident, elle commença à reconnaître quelques personnes; enfin, peu à peu, les symptômes cessèrent. Aujourd'hui Mme X... est dans de bonnes conditions; il lui reste un grand affaissement et une oux assez violente. (*Union médicale de la Gironde*, septembre.)

Entropion (*Nouveaux faits à l'appui du traitement de l'), par l'application de serre-fines.* Quoique nous n'accordions pas aux questions de priorité une importance aussi grande que le désireraient beaucoup d'auteurs, et qu'il ne nous vient pas à l'esprit de revendiquer certains procédés que de modestes praticiens ont cru de bonne foi avoir mis en usage les premiers, il n'en est pas de même lorsque ces assertions émanent des spécialistes. Leur pratique circonscrite ne doit leur laisser échapper aucun des progrès qui ressortissent de leurs études. Nous sommes donc étonné de voir M. Tavignot signaler comme une nouveauté l'emploi des serre-fines comme traitement de l'entropion, lorsque ce moyen a été publié dans le *Bulletin de Thérapeutique*, par M. Goyrand (tome 45, p. 77). Toutefois, c'est beaucoup moins pour revendiquer ce procédé au profit de notre correspondant que pour lui ajouter un témoignage de plus, que nous signalons le travail de M. Tavignot. Dans cette note, l'auteur dit avoir employé ce mode de traitement chez trois malades et que chez tous il s'est formé une bride sous-cutanée qui a suffi pour redresser le bord libre du cartilage torse. Un pli transversal étant fait à la partie moyenne de la paupière, qui est le siége du renversement en dedans, on applique sur la base de ce repli cutané deux ou trois serre-fines. M. Tavignot les fixe en plaçant une couche de coton en leur bord libre et la paupière, puis il ajoute une seconde couche de coton, qu'il recouvre d'un bandeau médiocrement serré. Ces serre-fines ont été retirées le troisième jour, dans la crainte de voir persister le repli cutané. (*Moniteur des hôpitaux*, octobre.)

Fistule *urinaire urétrale (Nouvelle observation de), guérie par la compression.* Le fait suivant est un exemple très-remarquable de l'efficacité de la compression, puisque la fistule urinaire urétrale avait résisté à l'usage de la sonde à demeure et aux injections iodées. Le mode de compression employé dans cette circonstance, et qui avait déjà réussi dans une circonstance analogue, ajoute encore à l'intérêt de ce fait.

Un jeune homme de vingt-un ans, bien constitué, mais d'un tempérament essentiellement lymphatique et présentant cette disposition particulière qu'ont certaines personnes à suppurer abondamment à la moindre occasion, contracta une blennorrhagie en décembre 1853. A la suite d'une injection de nitrate d'argent à haute dose, il éprouva une très-vive douleur dans le canal, suivie, quelques jours après, d'une tuméfaction au périnée. L'accroissement de cette tumeur, la douleur dont elle était le siége, et la gêne qui en résultait pour uriner et pour aller à la garde-robe, l'engagèrent à aller consulter M. le docteur Ch. Dubreuilh. C'était au mois d'avril 1854. A ce moment, la blennorrhagie était modérée, la tumeur du périnée avait le volume d'un petit œuf de poule, elle était dure et sensible. (Sangsues, topiques émollients, bains prolongés.)

Quinze jours après, la tumeur étant devenue fluctuante, on fit une incision qui donna issue à une assez grande quantité de pus blanc, très-bien lié,

sans odeur particulière. Jusqu'au commencement de juin, la plaie ne cessa de suppurer; mais à cette époque, le malade s'aperçut pour la première fois qu'au lieu de pus il se faisait par la plaie un suintement urineux. M. Dubreuilh ayant alors constaté l'existence d'une fistule urétrale dont le méat existait presque immédiatement en arrière des bourses, un peu à gauche de la ligne médiane, et dont le trajet était marqué par une corde qui se dirigeait vers l'urètre, se mit d'abord en mesure de dévier l'urine de sa voie anormale par l'introduction et le séjour à demeure d'une sonde. Mais après un mois et demi de ce traitement, n'en ayant obtenu aucun résultat, M. Dubreuilh eut recours aux injections iodées dans le trajet fistuleux. Après quelques injections il y eut une modification; la capacité de la fistule fut diminuée d'une manière sensible; mais l'urine n'en continua pas moins à passer par la plaie. Sur ces entrefaites, M. Diday, de Lyon, publia une très-intéressante observation de guérison de fistule urétrale à l'aide du procédé ingénieux que voici :

Ayant pris un de ces ballons formés d'une vessie insufflée qui servent de jouets d'enfant, M. Diday, après l'avoir dépouillé de son enveloppe, l'appliqua fortement contre le canal de l'urètre au niveau de la fistule, pendant qu'il invita le malade à uriner. La surface du ballon se trouva avoir été mouillée d'urine; mais il n'en était sorti par la fistule qu'une petite quantité. Cette application, répétée tous les jours, autant de fois que le malade avait besoin d'uriner, et maintenue pendant quelques minutes chaque fois après l'émission des urines, amena une rapide guérison.

Ce moyen fut mis en œuvre par M. Dubreuilh. En attendant qu'il pût faire exécuter un appareil de compression permanente, le malade se servit d'une balle en caoutchouc; la sonde fut enlevée, et la compression faite fortement contre le canal de l'urètre, au niveau de la fistule, au moyen de cet appareil si simple. Dès la première application, l'urine ne sortit pas, mais elle mouilla la balle. Cette opération fut répétée régulièrement par le malade lui-même. Le volume de la balle égalant celui du poing permettait, comme dans le cas de M. Diday, de faire porter son action compressive à la fois sur l'ouverture extérieure, sur le trajet fistuleux et principalement sur l'urètre. Après dix jours de l'emploi de ce moyen, la balle n'était même plus tachée, et l'orifice de la fistule se cicatrisait rapidement. Ce fut alors que le bandage conçu par M. Dubreuilh fut substitué à la balle de caoutchouc. Une ceinture, comme celle d'un bandage herniaire, était fixée au-dessus des pubis : de la partie postérieure partait une courroie très-bien matelassée, qui, passant entre les jambes, venait le fixer par une boucle à la partie extérieure; au point correspondant avec le trajet fistuleux se trouvait une pelote oblongue en caoutchouc vulcanisé, qui agissait au niveau de la plaie, prenait et appliquait l'une contre l'autre les diverses couches organiques qui, de dehors en dedans, constituent les parois de la fistule. Muni de cet appareil, le malade partit pour les bains de mer de Biarritz, d'où il revint au mois de septembre parfaitement guéri.

L'extrême simplicité de ce moyen et la facilité avec laquelle il peut être mis journellement en usage par les malades eux-mêmes, sans leur causer d'embarras notable, le recommandent à l'attention des praticiens. (*L'Union méd. de la Gironde*, septembre 1856.)

Haschisch (*Hallucinations intermittentes de la vue et de l'ouïe guéries par le*). Tout le monde connaît l'action hallucinatoire spéciale du haschisch. M. Moreau (de Tours), à qui nous devons la plus grande partie de nos connaissances sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de cette substance, a eu l'idée de l'employer à titre d'agent substitutif dans un cas d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, qui s'étaient reproduites avec un redoublement d'intensité, après avoir cédé une première fois à l'emploi des douches et de la belladone associée à l'aconit, et une seconde fois à l'usage du sulfate de quinine. Le succès de cette tentative, joint à l'intérêt particulier que présente ce fait en lui-même, nous engage à le mettre sous les yeux de nos lecteurs :

Un jeune homme de vingt-six ans entre à Bicêtre le 12 novembre 1855, en proie à des hallucinations d'un caractère assez singulier, et dont l'origine remonte environ à deux ans. Un profond chagrin, par suite de la mort de sa mère, en avait été le point de départ. A dater de cette époque, on effet, il eut un sommeil agité, des rêves pénibles, des visions nocturnes ans lesquelles l'ombre de sa mère lui

apparaissait, et une céphalalgie gravative à la région temporale.

Un jour, en sortant du théâtre, il s'entendit adresser des injures qui le mirent dans une exaspération d'autant plus grande qu'il lui était impossible de découvrir les coupables. Le lendemain matin, après une nuit sans sommeil, il court dans les rues dans un état d'exaltation fébrile. Il croit entendre et voir des pièces de canon prêtes à tirer sur lui, et derrière lui il entend des voix qui s'entretiennent de son supplice. Enfin, après être resté quelques heures en extase devant ses visions, il fut arrêté et conduit à Bicêtre. Voici quel était son état lors de son entrée dans le service de M. Moreau.

Le malade entend miauler des petits chats qui se promènent dans son oreille gauche, ce qui lui est naturellement très-désagréable. En même temps les visions nocturnes n'ont pas tardé à se reproduire ; mais un traitement énergique, comprenant des douches sur la tête, des sangsues et des ventouses à la nuque, et à l'intérieur, des pilules d'aconit et de belladone à dose suffisante pour troubler la vision, a fait prompte justice de ses illusions.

Le 4 décembre, il était assez bien rétabli pour aller travailler chez l'architecte de la maison. Mais vers la fin du mois les hallucinations de l'ouïe ayant recommencé, on lui administra des douches. Il paraît s'en bien trouver; mais si on le presse un peu, il finit par avouer en souriant que de temps à autre il entend les petits chats miauler dans son oreille; mais la crainte de la douche leur fait bientôt prendre la fuite.

Le 20, le malade paraît bien comprendre son état. Il éprouve encore des sensations fausses, mais en sachant se rendre compte de leur absurdité. L'état général de la santé est satisfaisant.

Le 29, une rechute brusque et à laquelle on ne pouvait pas s'attendre a replongé le malade dans ses illusions. Au moment où il travaillait paisiblement à faire ses additions, il entend derrière lui les voix, qui lui défendent de poser tel chiffre, de retenir tel autre, etc. Les petits chats dans l'oreille sont également revenus. Tout en se rendant compte de l'illusion, il ne peut s'empêcher de se retourner au moment où il entend les voix, et craignant de céder à un mouvement d'impatience, il s'est éloigné de la place qu'il occupe devant une pendule, pour ne pas la briser. On l'interroge, il répond d'un air distrait et marmotte entre les dents quelques paroles inintelligibles.

Le 2 février, les illusions ayant cessé, on prescrit le sulfate de quinine à la dose de 0,50 centigrammes par jour.

Le 10 avril, après avoir joui d'une bonne santé physique et morale jusqu'à ce jour, le malade, qui se trouvait dans un état de bien-être inusité et de contentement extrême, dans la prévision d'une sortie prochaine, est repris subitement des mêmes hallucinations que précédemment.

Dans le but de produire une perturbation complète des idées, on lui fait prendre de l'extrait de haschisch pendant trois jours, à la dose de 5 centigrammes, puis de 10 dans du café. Ce moyen a complétement réussi. Le malade, tout entier aux sensations nouvelles qui se sont emparées de lui, a perdu pour le moment jusqu'au souvenir des anciennes. La durée du temps lui semble indéfiniment prolongée. Depuis l'administration de la pilule jusqu'au déjeuner, il y a, non pas une heure et demie, mais une journée entière. Assis à table, il voit les objets tellement éloignés qu'il ne peut les saisir. Il est obligé de se mettre le visage dans son assiette pour pouvoir manger. En se promenant dans la cour, il a des ressorts dans les jambes ; il est sur le point de s'envoler. Bientôt il devient le directeur de l'établissement; il se promène dans les cours pour surveiller les travaux, et consigne les employés qui ne le traitent pas avec assez de respect.

Les effets du haschisch une fois dissipés, le malade se trouve à son aise et fort content d'être débarrassé de ses hallucinations.

Le 5 mai, une nouvelle rechute rend nécessaire une nouvelle dose de haschisch ; cette fois les phénomènes ne sont pas identiques aux premiers : l'intelligence et la sensibilité ne sont pas atteintes ; la sensation que le malade éprouve est plutôt celle de l'affaiblissement, de l'épuisement musculaire; il chancelle en marchant, et peut à peine faire quelques pas sans s'asseoir.

Le 28 mai, les hallucinations ayant cessé de se produire, on accorde au malade sa sortie, qu'il demandait avec impatience. (*Ann. méd. psychologiques*, septembre.)

Luxation *du coude datant de cinq semaines, réduite par la suspension.* Lorsqu'on parcourt la partie chirurgicale des œuvres hippocratiques, on voit que les anciens avaient fréquemment recours à la suspension comme moyen de réduction des déplacements articulaires. Ce procédé très-simple ne mérite pas l'oubli dans lequel il est tombé. Le fait suivant, que M. Bidard, d'Arras, a adressé à la Société de chirurgie en est une preuve éclatante. Un jeune garçon de treize ans s'était luxé, une première fois, l'articulation huméro-cubitale. La réduction, tentée immédiatement par les moyens ordinaires, fut couronnée de succès. Un mois plus tard, le même accident se reproduit; cette fois l'enfant garde le silence sur ce qui lui est arrivé, et ce n'est que cinq semaines après que l'accident est avoué et qu'on tente d'y remédier. Toutes les manœuvres classiques restant sans succès, notre confrère fit suspendre le petit malade à une traverse de bois; dans cette position, tout le poids du corps portait sur les articulations des membres supérieurs. Ces suspensions étaient prolongées de quinze à vingt minutes, matin et soir; et quand les forces de l'enfant étaient épuisées, un homme vigoureux appuyait ses deux mains sur celles du petit malade, pour l'empêcher de tomber. Le septième jour, tout déplacement avait disparu. La réduction s'opéra en deux temps distincts. Dans le premier, compris entre la première et la neuvième suspension, le déplacement diminua progressivement; dans le deuxième temps, ce qui restait de la difformité disparut brusquement, et cela pendant la quatorzième suspension. Dans le procédé ancien, la réduction se fait d'un seul coup, ce qui est dû au traumatisme récent des ligaments articulaires.

Ozène. *Traitement curatif par l'emploi d'une pommade au nitrate d'argent.* Personne assurément n'ignore tout ce qu'il y a d'odieux dans cette infirmité, d'autant plus cruelle que le malade n'est pas seul à en souffrir. La thérapeutique n'a malheureusement, jusqu'à présent, que des ressources très-insuffisantes à lui opposer; elle compte à peine quelques palliatifs, tels que les lavages à grande eau, par exemple, dont le *Bulletin de Thérapeutique* a déjà signalé plusieurs fois les bons effets; mais pour des moyens curatifs, elle n'en a point encore de certains. Ce serait donc une véritable obligation que l'on aurait à M. le docteur Gallizioli, si le moyen qu'il propose avait réellement l'efficacité qu'il lui attribue. Convaincu que la cautérisation de la muqueuse nasale par le nitrate d'argent modifierait avantageusement la sécrétion morbide qui le constitue, mais arrêté, d'un autre côté, par la difficulté de toucher avec le crayon de nitrate toutes les parties malades, ou par l'inconvénient qu'auraient les injections caustiques d'aller cautériser les parties saines ou de tomber même dans le pharynx, M. Gallizioli a imaginé de se servir d'une pommade au nitrate d'argent (40 centigrammes de nitrate fondu pour 30 grammes d'axonge), comme pouvant aisément être mise en contact avec les parties malades. Le procédé d'application consiste à se servir d'une tente de charpie, attachée par le milieu avec un long fil destiné à la fixer et à l'empêcher de tomber dans le pharynx, laquelle tente, enduite de la pommade indiquée, est introduite et laissée à demeure dans la fosse nasale.

M. Gallizioli dit avoir employé ce moyen dans quatre cas d'ozène observés de jeunes filles lymphatiques et même scrofuleuses, et qui dataient: le premier, de huit années; le second, de trois; le troisième, de quatre ans; le dernier, de trois ans. En raison de la ténacité de l'ozène, variable dans chacune de ces observations, les applications de pommade au nitrate d'argent durent être continuées quotidiennement pendant seize, quarante, trente, quatre-vingt-dix jours. Dès le premier emploi de cette pommade, la fétidité de l'écoulement nasal s'amoindrissait, pour disparaître entièrement avec la maladie. La guérison, assure M. Gallizioli, a été complète dans les quatre cas. (*Gaz. Med. Ital. Toscana* et *Union Méd. de la Gironde*, septembre 1856.)

Vomissement *durant depuis sept mois guéri par l'éruption d'une parotide.* L'Académie de médecine ayant posé pour sujet de son prix la démonstration de la doctrine de la révulsion et de la dérivation, c'est un devoir pour la presse de mettre en relief tous les faits qui peuvent concourir à cette démonstration. Les deux observations suivantes nous ont paru répondre à ce but. — La nommée Salager, couturière, âgée de vingt-quatre ans, ayant éprouvé une vive sensation au moment de sa période

menstruelle, eut d'abord suppression de ce flux, et bientôt après il lui survint de l'inappétence, des nausées, et enfin des vomissements qui devinrent de plus en plus graves. Cette fille était alitée et dans un véritable état de prostration, quand le docteur Fave fut appelé. Considérant avec raison cette maladie comme dépendant d'une affection nerveuse de la matrice, qui agissait sympathiquement sur l'estomac, il employa d'abord des délayants et des antispasmodiques, parmi lesquels figurèrent les potions de Rivière et de Haën; mais ces divers moyens ne produisirent aucun soulagement. Le docteur Fave pensa dès lors, d'après les commémoratifs de l'enfance de la malade et l'état de son tempérament, que les vomissements réitérés qui épuisaient cette femme pouvaient être occasionnés par l'engorgement des cryptes glanduleux de la muqueuse gastrique, et il appliqua un large vésicatoire sur la région épigastrique, afin de procurer une révulsion. Tant que l'écoulement du vésicatoire dura, les vomissements ne se reproduisirent pas; mais quand cet écoulement cessa, ils reparurent; et, l'état de la malade empirant toujours, le docteur Fave n'hésita pas à appliquer deux autres vésicatoires, l'un à la cuisse gauche, et l'autre au bras droit. Dix-huit heures après cette double application, la malade commença à ressentir une vive douleur à l'angle droit de la mâchoire inférieure, et il survint bientôt de la tuméfaction en ce point Le docteur Fave y appliqua de la potasse caustique, et les vomissements cessèrent. Elle put avaler du bouillon, puis des aliments, et enfin sa santé se rétablit parfaitement : l'écoulement menstruel même reparut.

Vomissement *existant depuis dix-huit mois, guéri par l'application d'un séton dans la région lombaire droite.* Marianne Colot, de Gignac, revendeuse ambulante, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, était à peine convalescente d'une fièvre ataxique, qu'elle reprit les fatigues de sa profession, et se trouva bientôt atteinte des principaux symptômes de l'hystérie, parmi lesquels se faisait remarquer un gargouillement d'intestins, simulant le cri d'une grenouille, qui durait quelquefois pendant plusieurs heures. Bientôt il survint des nausées, des vomituritions, des vomissements, qui devinrent de plus en plus fréquents, et la malade ne put plus supporter aucun aliment. La région lombaire droite, qui avait été, quatre ans auparavant, le siége d'un abcès ayant longtemps suppuré, était restée douloureuse; et, ces douleurs s'avivant à l'invasion de l'attaque d'hystérie, sans que des applications de sangsues les calmassent, le docteur Fave appliqua plusieurs fois un large vésicatoire sur l'ancien siége de l'abcès, et il remarqua toujours une légère amélioration dans l'état général de la malade, au moment où la suppuration du vésicatoire était dans sa plus grande activité. Aussi proposa-t-il d'appliquer un séton, attendu que, quelques moyens qu'il prît pour entretenir l'écoulement des vésicatoires, venait un moment où ces moyens, irritant la plaie, exaspéraient tous les symptômes. La malade s'y refusa d'abord, et n'y consentit que lorsque son dépérissement fut extrême. Le docteur Fave hasarda donc ce moyen comme une dernière ressource; mais quelle ne fut pas sa surprise ! Peu d'heures après l'application du séton, Marianne Colot désira des aliments, et put manger une soupe légère, sans éprouver la moindre régurgitation. Six heures après cette première soupe, elle en prit une seconde, qui fut tout aussi facilement digérée. Les forces revinrent au fur et à mesure que l'alimentation fut augmentée, et tous les symptômes hystériques disparurent peu à peu. Deux mois après, le séton fut remplacé par un cautère potentiel à la jambe droite, et celui-ci fut supprimé au bout d'un an. Le flux menstruel, qui avait cessé pendant toute la durée de la maladie, reparut trois mois après la guérison, et celle-ci ne s'est pas démentie depuis vingt-huit ans. (*Gazette médicale de Montpellier.*)

VARIÉTÉS.

DE LA GLYCOSURIE PHYSIOLOGIQUE DES FEMMES EN COUCHES, DES NOURRICES ET D'UN CERTAIN NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES.

Par M. le Dr Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Paris.

Jusqu'à présent, l'existence du sucre dans l'urine a été considérée par les médecins comme le signe pathognomonique d'une des maladies les plus graves, c'est-à-dire du diabète.

Les recherches numbreuses auxquelles je me suis livré, et dont j'ai l'honneur de donner aujourd'hui le resumé succinct à l'Académie, m'ont fourni des résultats qui, dorénavant, devront enlever à ce signe une partie de sa valeur diagnostique. En effet, il ressort nettement de ces recherches que le sucre existe normalement dans l'urine de toutes les femmes en couches, de toutes les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes.

Je dirai, afin de donner plus de poids à ces résultats, que je me suis associé, pour la partie chimique de ce travail, M. Réveil, professeur agrégé à l'École de pharmacie, et que, dans plusieurs circonstances, j'ai eu recours aux lumières de M. Berthelot, dont les beaux travaux en chimie organique sont connus de tous. La plupart des faits consignés dans cet extrait ont d'ailleurs été montrés par moi à un grand nombre de médecins, et, en particulier, à deux membres de l'Académie, M. Rayer et M. Cl. Bernard.

Pour arriver à la démonstration du fait que j'annonce, j'ai eu recours à tous les moyens généralement employés à déceler le sucre dans un liquide; voici dans quel ordre ils ont été successivement mis en usage: tout d'abord les urines en expérience ont été traitées par la liqueur cupro-potassique titrée. C'est celle de Felhing qui m'a toujours servi, et pour éviter toute erreur, les urines ont été préalablement traitées par l'acétate de plomb, puis par l'acide sulfhydrique, afin de les débarrasser des principes autres que le sucre qui auraient pu réduire la liqueur réactif Dans la dernière moitié de mes recherches, ce mode de purification a été remplacé par un autre plus simple, plus expéditif et très-souvent employé par M. Claude Bernard dans ses beaux travaux sur la glycogénie, à savoir : la filtration sur le charbon animal; comme deuxième réactif, j'ai employé les alcalis caustiques (potasse, chaux), qui ont donné avec l'urine préalablement décolorée une belle couleur brune plus ou moins foncée.

Comme troisième et principal moyen de vérification, j'ai eu recours à la fermentation au contact de la levûre de bière, en ayant toujours soin de faire comparativement l'essai de la levûre employée, soit avec de l'urine non sucrée, soit avec de l'eau distillée, qui, prise en égale quantité, était placée dans les mêmes conditions Toujours j'ai obtenu, d'une part, de l'alcool facile à reconnaître à tous ses caractères, de l'autre, de l'acide carbonique facilement absorbable par la potasse: j'ajouterai que je me suis assuré que le résidu liquide de la fermentation ne réduisait plus la liqueur cupro potassique. En général, la fermentation à une température moyenne de 30 à 35° a mis de douze à vingt-quatre heures à s'opérer. Je mets en ce moment sous les yeux de l'Académie une petite partie de l'alcool ainsi obtenu. Enfin, après avoir légèrement concentré et parfaitement décoloré l'urine en examen, j'ai pu voir, grâce à l'extrême obligeance de M. Berthelot, que cette urine déviait à droite le plan de polarisation.

Ainsi donc, messieurs, le fait capital que je désire établir aujourd'hui, à savoir : l'existence, à l'état normal ou physiologique, du sucre dans l'urine de toutes les femmes en couches. de toutes les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes, ne peut plus être mise en doute, puisque ces urines présentent réunies ces quatre propriétés qui n'appartiennent qu'aux sucres : 1° de réduire la liqueur cupro-potassique; 2° de brunir les solutions alcalines caustiques de potasse ou de chaux; 3° de donner par la fermentation de l'alcool et de l'acide carbonique; 4° enfin de dévier à droite la lumière polarisée.

Voyons maintenant dans quelles conditions se présente cette glycosurie :

Chez toutes les femmes enceintes (quarante-cinq fois sur quarante-cinq), c'est au moment de la sécrétion laiteuse que le sucre commence à exister dans l'urine en proportion suffisante pour être dosé. Chez beaucoup de femmes, il n'apparaît qu'à cette époque; chez quelques-unes on en trouve auparavant, mais plus souvent en quantité peu considérable.

Si la sécrétion lactée se continue, le sucre continue de passer dans l'urine, avec des variations quotidiennes encore inexpliquées.

Quand la sécrétion lactée est très-abondante, la proportion du sucre est, en général, grande; si elle est peu active, l'urine est peu sucrée. Aussi, l'examen des urines peut-il servir jusqu'à un certain point à juger de la valeur d'une nourrice. Si la sécrétion laiteuse est diminuée ou tarie par une cause quelconque, et en particulier par le développement d'un état morbide plus ou moins grave, le sucre diminue ou disparaît complétement; si l'état morbide fait place à la santé, et que la sécrétion laiteuse se rétablisse, le sucre reparaît. Enfin, les urines continuent à renfermer du sucre tant que la sécrétion laiteuse persiste.

J'en ai trouvé des proportions très-notables (8 grammes dans 1,000 grammes d'urine) chez une nourrice qui allaite depuis vingt-deux mois. Je n'ai pas besoin d'ajouter que toutes ces femmes, enceintes, en couches ou nourrices, ne présentent aucun des symptômes du diabète; au contraire, leurs urines sont, en général, d'autant plus riches en sucre que la santé est meilleure et se rapproche le plus possible de l'état normal ou physiologique.

Quand la lactation cesse, le sucre disparaît des urines, et cela dans un temps variable chez les différents individus : plus vite chez les femmes qui ne nourrissent pas, plus lentement chez celles qui, après avoir nourri, commencent à sevrer. Chez ces dernières surtout, la disparition du sucre peut offrir quelques alternatives; il m'est arrivé d'en trouver un jour, de n'en pas constater le lendemain et d'en retrouver le surlendemain; mais ce qui est constant, c'est la réduction du sucre à de très-faibles proportions, dès que la tuméfaction mammaire consécutive au sevrage a disparu.

D'après ce qui précède, il me paraît impossible de ne pas admettre que la glycosurie physiologique en question est en rapport avec la sécrétion lactée.

Nous verrons plus tard quelle est la nature intime de ce rapport; qu'il me suffise aujourd'hui d'établir le fait.

J'ai dit plus haut que la quantité de sucre variait chez les différents sujets et aux différentes époques de la lactation; j'ajouterai maintenant qu'elle est le plus ordinairement beaucoup moindre que dans le diabète. La quantité que j'ai pu ainsi constater a varié depuis 1 et 2 grammes jusqu'à 12 grammes pour 1,000 grammes d'urine. Je ferai seulement observer à ce propos que ces quantités se sont présentées dans l'urine du matin, c'est-à-dire dans celle qui, peut-être, est la moins riche.

Quoi qu'il en soit, il reste aujourd'hui bien démontré que l'urine de toutes les femmes en couches, celle de toutes les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes, contient normalement du sucre. Chez ces dernières, les femmes enceintes, le sucre se rencontre environ dans la moitié des sujets observés. Je crois, sans qu'il me soit encore permis de l'affirmer d'une manière positive, que cette particularité se rencontre surtout lorsque les phénomènes sympathiques de la grossesse du côté des mamelles sont très-développés; elle manque, au contraire, lorsque les mamelles restent pour ainsi dire indifférentes à ce qui se passe dans l'utérus.

Cette glycosurie, bien reconnue chez la femme, il était tout naturel de penser qu'elle existait également, dans les mêmes conditions, chez les femelles des différentes espèces d'animaux mammifères; mais, désireux de ne m'en rapporter qu'à l'observation directe des faits, je poursuis en ce moment mes recherches sur l'urine des animaux, et je puis dès à présent annoncer à l'Académie que le même phénomène se produit chez la vache. En effet, sur neuf observations recueillies sur neuf animaux de cette espèce, je l'ai constaté neuf fois, c'est-à-dire dans tous les cas. Si l'Académie veut bien le permettre, je lui communiquerai, dans une prochaine séance, le résultat de mes nouvelles investigations; en même temps, je déterminerai, autant qu'il me sera possible, l'espèce de sucre à laquelle nous avons affaire, ce qui m'amènera tout naturellement à l'exposé des théories les plus probables de ce que j'appellerais presque volontiers cette nouvelle fonction. Pour aujourd'hui, désireux d'épargner les moments de l'Académie, je m'en tiendrai à ce simple énoncé, me réservant de lui adresser plus tard les observations détaillées dans le mémoire complet que je prépare sur ce sujet intéressant.

Conclusions. — I. Il existe une glycosurie physiologique chez toutes les femmes en couches, chez toutes les nourrices et chez la moitié environ des femmes enceintes.

II. Ce fait intéressant est démontré : *A.* Par la réduction de la liqueur cupropotassique; *B.* Par la coloration brune des solutions alcalines caustiques de potasse ou de chaux; *C.* Par la fermentation qui donne, d'une part, de l'alcool, de l'autre, de l'acide carbonique; *D.* Enfin, par la déviation à droite du plan de polarisation.

III. Cette espèce de fonction nouvelle diminue considérablement d'activité, cesse même le plus souvent, dès que survient un état morbide. Elle reparaît avec le retour de la santé et le rétablissement de la lactation.

IV. La glycosurie physiologique des femmes en couches, des nourrices et des femmes enceintes, est en rapport avec la sécrétion lactée.

V. La glycosurie physiologique indiquée plus haut existe, non-seulement chez la femme, mais aussi chez la vache.

RÉCLAMATION DE M. LABOUREUR : DE LA PRÉPARATION DU VALÉRIANATE A COMPOSITION DÉFINIE.

Monsieur le Rédacteur,

Si je m'abandonnais à la première impression de la lecture de votre article sur le *valérianate d'ammoniaque*, publié dans votre numéro du 15 septembre dernier, j'avoue qu'à la forme de la polémique, comme à la nature de l'accusation grave que vous y formulez, j'aurais de la peine à me défendre de cette pensée que, sans le vouloir, j'ai dû blesser des intérêts ou des calculs particuliers; mais me souvenant des loyales habitudes et des sages traditions du *Bulletin de Thérapeutique*, ainsi que de l'honorabilité de son rédacteur, il ne m'est pas possible de croire à une malveillance sciemment consentie.

Aussi attendrai-je dans le calme de ma conscience une réparation que je désire obtenir, bien plus de votre amour de la vérité et de la justice, que de mon droit naturel.

Écartant donc de ma pensée tout ce qui peut sentir le débat personnel, je ne veux voir que le côté sérieux d'une question encore assez mal éclairée, me promettant bien, comme par le passé, de demeurer sur le terrain scientifique, qui seul peut convenir à tout contradicteur sérieux.

Assuré, à cet égard, d'une parfaite conformité de principes avec le *Bulletin de Thérapeutique*, permettez-moi, monsieur le rédacteur, de vous adresser une communication qui ne sera pas, je l'espère, sans quelque intérêt pour vos nombreux lecteurs, la regardant du reste comme le corollaire obligé de ma lettre du 9 septembre dernier à l'Union médicale.

Amené fortuitement, vous le savez, à prémunir le corps médical contre le danger de l'emploi du *valérianate d'ammoniaque*, préconisé dans l'extrait du travail de M. le docteur Déclat, publié par l'Union médicale du 8 juillet dernier, je crus devoir exprimer le regret du silence gardé par ce praticien sur la nature, la composition et la préparation du médicament qui venait de servir si heureusement à guérir la comtesse de F.

De ce défaut de toute publication sur cette matière, je n'hésitai pas, en collaboration de mon ami M. Fontaine, de chercher, puisque l'occasion s'en offrait à moi, d'éclairer une question professionnelle, que le laconisme ou le silence de nos auteurs rendait assez obscure.

La première difficulté qui nous arrêta dès l'abord, ce fut la préparation de ce sel; la peine extrême avec laquelle il cristallise rend bien difficile la séparation des cristaux d'avec les eaux-mères; aussi tous les véhicules mis en usage pour atteindre ce résultat ne fournissent-ils jamais que des aiguilles radiées et flottantes dans un liquide sirupeux ou gélatineux.

La coloration, comme le défaut de consistance de ce *valérianate d'ammoniaque*, obtenu par les procédés déjà connus, ne nous indiquait que trop les efforts qui nous restaient à faire pour arriver au but que nous nous étions proposé.

Néanmoins, ces premières tentatives et ces insuccès eurent leur utilité : ils nous firent comprendre la cause de la diversité si singulière des valérianates d'ammoniaque du commerce, qu'avait signalée M. Amédée Latour dans son numéro de l'Union médicale du 9 septembre dernier; par l'analyse au moyen des sels d'argent pour l'*acide valérianique* et de l'*acide hydrochlorique* pour le dosage de l'*ammoniaque*, nous eûmes la démonstration évidente que si les fabricants de produits chimiques n'obtenaient pas des *valérianates* identiques à eux-mêmes, cela tenait à cette circonstance essentielle à noter, à savoir que leurs *acides valérianiques* servant à la préparation de ce produit n'avaient jamais un même pouvoir de saturation; ils contiennent toujours dans leur composition des proportions d'eau fort variables; aussi est-il nécessaire d'appliquer la même observation à l'emploi des solutions de *carbonate d'ammoniaque* ou d'*ammoniaque liquide* qui peuvent être employés à opérer cette combinaison.

Cette remarque est tellement fondée, qu'à l'analyse certains *valérianates d'ammoniaque* du commerce ne donnent pas plus de 35 pour 100 de *valérianate d'ammoniaque* chimiquement pur.

Éclairés par ces données de l'expérience, nous n'eûmes pas de peine à conclure qu'il fallait avant tout, pour arriver au *valérianate* à composition bien définie, éliminer l'eau de l'acide et de la base et unir les deux éléments du sel dans le plus grand état de pureté possible, évitant dans la préparation et la rectification de l'*acide valérianique* la coloration qui l'accompagne le plus souvent.

Ce principe établi, nous eûmes de suite la satisfaction, en faisant arriver le gaz ammoniac parfaitement sec sur l'*acide valérianique monohydraté*, de voir se produire un composé parfaitement blanc et cristallisé, qui n'est autre que le *valérianate d'ammoniaque* que nous cherchions.

Notre première pensée, lorsque nous fûmes en possession de ce produit, fut d'en remettre un échantillon à M. Bussy, notre maître, le priant d'en faire hommage à la Société de pharmacie (1).

Nous eussions bien pu obtenir plus facilement et à meilleur compte ce sel en opérant avec l'*acide valérianique de l'alcool amylique*, mais les conditions de l'application nouvelle de ce composé dans la thérapeutique nous faisaient un devoir de n'employer dans cette opération que celui retiré de la valériane fraîche ou sèche.

L'analyse que nous avons faite plusieurs fois de ce sel nous permet d'établir que notre *valérianate d'ammoniaque* doit être représenté par la formule : Az H^5, HO, C^{10} H^9 O^3, ayant donc, comme tous les sels ammoniacaux, un équivalent d'eau dans sa composition.

Ce composé salin possède des propriétés bien caractérisées : il est solide, blanc, d'une cristallisation assez confuse, en raison même des conditions de sa préparation.

Cependant les cristaux, examinés au microscope, laissent apercevoir des prismes à quatre pans, terminés par des pyramides ou des biseaux.

Cet examen doit être fait très-rapidement, attendu que ce corps est si hygrométrique que les cristaux ne tardent pas à se résoudre en petites gouttelettes d'eau limpides et incolores.

Ce sel, placé sur l'eau et l'alcool, nous montre un mouvement de giration des plus rapides, qui se termine par sa dissolution complète dans ces véhicules.

L'odeur de ce corps rappelle tout à la fois l'*acide valérianique* et l'*ammoniaque*. Cependant mis un instant sous la machine pneumatique, il perd complétement son odeur ammoniacale.

Ce valérianate possède une réaction acide, qui persiste même dans sa dissolution aqueuse ou alcoolique ; sa solubilité dans ces véhicules se fait en toutes proportions.

L'éther le résout à l'instant même en liquide huileux, qui gagne de suite le fond du vase ; l'huile produit le même phénomène, mais plus lentement ; l'essence de térébenthine lui donne l'aspect d'une masse grasse plastique et transparente.

La chaleur le volatilise en le décomposant en partie ; ce qui reste au fond du tube se reprend par le refroidissement en de nouveaux cristaux fort réguliers.

Ce sel, que l'on pourrait croire *à priori* fort peu stable, conserve néanmoins son *ammoniaque*, même en dissolution dans l'eau ; l'analyse démontre parfaitement cette vérité.

Les acides décomposent le *valérianate d'ammoniaque*, en mettant en liberté l'acide valérianique qui vient surnager la liqueur.

Les expériences toxicologiques que nous venons de faire avec le docteur Vulpian nous laisseraient croire que cette substance, si active pour calmer la douleur névralgique, n'exercerait aucune action toxique sur l'économie ; nous avons pu, à plusieurs reprises, administrer à des chiens de moyenne et forte taille 10 grammes de notre valérianate d'ammoniaque, sans produire le plus léger accident ; néanmoins, en raison du nombre assez restreint de nos expériences, nous nous gardons bien d'en tirer une conclusion trop rigoureuse ; la suite de nos recherches nous apprendra ce qu'il faudra penser à cet égard.

Je désirerais bien terminer ici cette lettre, qui est déjà bien longue, mais cependant il m'est difficile de le faire sans exprimer mon étonnement sur la réserve de notre confrère M. Pierlot, depuis la publication de l'observation de M. Déclat dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

Pensant faire acte de bonne confraternité, nous voulions laisser à notre collègue la priorité de l'étude d'une question qu'il devait considérer comme sa chose, lui qui avait eu l'honneur et l'heureuse pensée de l'application d'une solution de valérianate d'ammoniaque à l'art de guérir.

---

(1) Quelques jours après, deux échantillons de *valérianate d'ammoniaque*, préparé avec la valériane fraîche et sèche, furent déposés à l'Académie de médecine ; nous saurons donc bientôt ce qu'il faut penser de la valeur de notre produit.

Aussi, guidé par ces sentiments, et quoique en possession du produit dont nous venons de faire connaître les propriétés, nous n'hésitâmes pas de lui adresser, dans la Presse médicale, un appel bienveillant et tout scientifique, afin d'obtenir les explications qui devaient dissiper les incertitudes et les obscurités de cette question professionnelle.

Aujourd'hui on comprendra sans peine qu'en présence du silence si regrettable de notre confrère, il ne soit plus possible de nous taire; ce serait sacrifier outre mesure les intérêts de la science et négliger par trop le soin de notre défense personnelle.

En cette circonstance, ne doutant nullement, monsieur le rédacteur, de la libéralité de vos intentions, je me suis adressé à vous afin d'obtenir la publication de cette communication, qui, j'en ai la confiance, ne sera pas sans utilité.

Ne sera-t-elle pas pour vous-même l'occasion bien naturelle de rectifier certaines appréciations que j'ai eu le regret de lire dans votre récent article sur le *valérianate d'ammoniaque?* Mais ce qui surtout ne saurait m'être indifférent, de vous amener par une voie toute scientifique à réparer, avec cette bonne foi et cette loyauté qui vous sont habituelles, l'atteinte portée auprès de vos lecteurs à l'honneur du pharmacien; aussi est-ce sans crainte que j'en appelle de M. Debout mal renseigné à M. Debout mieux éclairé.

Recevez, etc. LABOUREUR, pharmacien à Paris.

RÉPONSE.

Deux passages de notre article sur le valérianate d'ammoniaque ont blessé M. Laboureur : le premier est celui dans lequel nous laissons supposer que ce pharmacien ignorait ce que les traités de chimie disent du valérianate d'ammoniaque et de son mode de préparation; le second, celui où nous exprimions l'opinion que son valérianate avait été préparé avec l'acide butyrique.

Sur le premier point, le litige existe seulement parce que M. Laboureur veut bien confondre la valeur, pourtant distincte, des deux mots *ignorer* et *ignorant*. On peut être un pharmacien très-instruit, quoiqu'on ait oublié l'existence d'un produit chimique, qui n'a jamais été expérimenté en thérapeutique. Nous n'avions pas besoin de la preuve qu'il nous donne en formulant un procédé de préparation du valérianate d'ammoniaque, préférable à celui consigné dans les meilleurs traités de chimie, pour tenir M. Laboureur pour un pharmacien distingué et jaloux des progrès de la science.

Quant au second reproche que nous adresse M. Laboureur, de l'avoir accusé à tort d'avoir fourni un butyrate en place d'un valérianate, ce pharmacien a pleinement raison, et nous l'avouons sans hésitation. Parmi les échantillons que nous avons fait prendre dans diverses pharmacies, nous avons mal choisi, en citant la solution sortie de l'officine de M. Laboureur comme preuve à l'appui de la substitution dont le commerce de la droguerie se rend coupable envers les pharmaciens. Depuis, nous nous sommes convaincu que son produit était une dissolution assez concentrée de vrai valérianate d'ammoniaque.

On comprendra que l'erreur était facile lorsque nous aurons fait voir combien est grande la similitude des deux acides; et pour ne laisser aucun doute à cet égard, nous emprunterons nos preuves à l'excellente thèse de M. Laroque, préparateur à l'École de pharmacie : « L'acide valérianique est liquide, incolore, et d'une odeur particulière qui a quelque rapport avec l'acide butyrique... Tous les valérianates jouissent, comme les butyrates, de la propriété singulière de tournoyer rapidement à la surface de l'eau... L'acide valérianique, versé dans une solution d'acétate de cuivre, fournit un précipité qui est un valérianate de cuivre. Ce sel diffère du butyrate par sa couleur, qui est plus foncée, celle du butyrate de cuivre étant d'un vert bleuâtre. » (*Recherches sur l'acétate, le butyrate et le valérianate de zinc.*)

Voici maintenant une preuve que cette différence de teinte n'est pas facile à saisir. Pendant que nous produisions cette réaction dans une solution incolore du produit de M. Pierlot, un professeur de l'École de pharmacie est entré dans notre cabinet, et, interrogé par nous, n'a pas hésité à prononcer que nous lui présentions un précipité de butyrate de cuivre. L'odeur caractéristique de valériane qu'exhale ce produit l'a seule fait revenir de son erreur.

Ces faits prouvent une fois de plus que la critique n'est pas aussi facile qu'on le pense, même alors qu'elle a le temps de s'entourer des éléments les moins contestables pour formuler ses conclusions. DEBOUT.

Les cours et les examens de la Faculté de médecine de Paris commenceront le lundi 5 novembre ; mais la séance solennelle de rentrée et la distribution des prix n'auront lieu que le samedi 15. M. le professeur Natalis Guillot prononcera l'éloge de Requin.

M. le ministre de l'instruction publique vient d'inviter la Faculté de Strasbourg et le Conseil académique à faire une présentation de candidats pour la chaire de médecine opératoire vacante dans ladite Faculté par le décès de M. Marchal.

Par arrêté du même ministre, M. Marcé, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite Ecole en remplacement de M. Saillon, nommé professeur honoraire. — M. Malherbe est nommé professeur suppléant. Il sera attaché en cette qualité aux chaires de médecine et de chirurgie.

L'Académie des sciences vient d'être autorisée à accepter le legs d'une rente de trois mille francs, fait par le baron Barbier, pour la fondation d'un prix annuel à décerner à celui qui fera une découverte précieuse pour la science chirurgicale, médicale, pharmaceutique et dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir. Lorsque l'Académie ne pourra décerner ce prix, la somme restée sans emploi s'ajoutera à la valeur du prix à décerner l'année suivante.

Le médecin homœopathe qui distribue à ses malades des médicaments qu'il s'est procurés à l'avance dans une pharmacie est passible des peines prononcées par la loi du 21 germinal an XI. Ainsi vient de juger de nouveau la Cour impériale d'Angers.

M. le docteur Manec remplace M. le professeur Gerdy comme chirurgien de la Charité. Le successeur de M. Manec à la Salpêtrière n'est pas encore nommé.

Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques, vacante à la Faculté de Montpellier, ouvrira devant cette Faculté, le 1er décembre prochain.

La *Gazette médicale* de Montpellier, en publiant la liste des juges du prochain concours de l'agrégation, la fait suivre de remarques qui ne sont pas sans portée. « Nous avons toujours regardé comme sujette à de nombreux inconvénients et nuisibles aux intérêts des Facultés de province cette tendance à centraliser à Paris les concours qui doivent leur fournir des professeurs ou des agrégés, mais le principe étant posé, nous devons savoir gré à M. le ministre de l'instruction publique d'avoir appelé, pour faire partie de ce jury central, des professeurs de Montpellier et de Strasbourg. Il est impossible cependant de ne pas faire remarquer que cette mesure, bonne en elle-même, peut porter du trouble dans l'enseignement de notre école, spécialement dans les circonstances où se trouve celle-ci. Un concours pour la place de chef des travaux anatomiques doit s'ouvrir à Montpellier le 1er décembre; M. le professeur Benoît, un des juges de droit et naturellement un des plus compétents, se trouvera dans l'impossibilité d'y assister. D'un autre côté, son enseignement appartient au semestre d'hiver, et ce n'est pas au moment où les démonstrations du chef des travaux anatomiques feront défaut aux élèves qu'il peut être opportun d'enlever le professeur titulaire à son enseignement, qu'il a su rendre si fructueux.

Par décret du 13 octobre, M. le docteur Pascal, médecin principal à l'hôpital militaire de Bayonne, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

La souscription en faveur des veuves et des orphelins des membres du corps médical morts en Orient se poursuit avec un grand zèle. Le chiffre des sommes reçues s'élève déjà à plus de six mille francs.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Eléments des indications thérapeutiques [1].

Par M. le professeur Forget.

Indications tirées de l'élément MARCHE DES MALADIES. — La marche de la maladie n'est autre chose que l'évolution de ses symptômes organiques et fonctionnels, un *processus*, ainsi qu'on a défini la maladie elle-même. A ce titre, elle dérive de la symptomatologie proprement dite ; mais ici nous la considérons sous un point de vue particulier. La marche suppose un changement dans la forme et souvent dans le fond de la maladie ; aussi personne n'ignore-t-il que la thérapeutique est souvent profondément modifiée par la marche du mal, et ce vulgaire aperçu frappe d'absurdité cette mystique théorie de l'*unité* morbide inventée par des esprits rêveurs. N'est-il pas trivial de rappeler qu'on ne traite pas une affection quelconque, une phlegmasie, par exemple, au début comme à la fin ? Que si la saignée est manifestement indiquée dans le principe, elle cesse bientôt de l'être pour faire place à d'autres médications, sédative, révulsive, altérante, tonique même ; de sorte que, par une pente insensible, on arrive aux médications les plus opposées parfois à celles qui ont précédé ; encore supposons-nous que l'affection est simple. Que sera-ce donc si, comme souvent il arrive, elle entraîne dans son cours ou revêt accidentellement telle ou telle complication ? si la bronchite capillaire vient aggraver une entérite folliculeuse bénigne, si le rhumatisme engendre la péricardite, si la lésion valvulaire du cœur produit l'hydropisie, si la pneumonie ultime vient porter le dernier coup à une affection chronique, etc. ? mais n'empiétons pas.

Donc la maladie est un drame à péripéties variées, souvent imprévues, qu'il faut suivre d'un œil attentif. Le médecin, avons-nous dit quelque part, doit, en quelque sorte, *couver* son malade. Il doit recommencer fréquement la révision attentive de tous les organes, afin de saisir, dès leur début, les éléments plus ou moins latents qui pourraient insidieusement se produire.

Prompte ou lente, régulière ou irrégulière, la marche des maladies influe donc gravement sur nos déterminations thérapeutiques. Mais où la marche des maladies exerce le plus d'autorité, c'est certainement dans les cas d'intermittence ; et, si vous supposez une

[1] Fin.— Voir les livraisons des 15 septembre et 15 octobre, p. 193 et 289.

fièvre pernicieuse, il n'est aucun élément d'indication qui l'emporte en gravité sur celui-ci ; car il y va promptement et sûrement de la vie ou de la mort. Méconnaissez le type et par conséquent l'indication du quinquina, et le malade périt victime de votre erreur. Niera-t-on maintenant l'importance de pareils éléments d'indications?

Indications tirées de l'élément DURÉE. — Cet élément se relie au précédent par d'étroites relations, puisqu'en fait c'est la marche qui mesure la durée. Mais il est plus spécialement question ici de cette dichotomie trop souvent artificielle instituée entre les maladies dites aiguës et celles dites chroniques.

Une des visées capitales du praticien, c'est d'empêcher les maladies aiguës de passer à l'état chronique, c'est-à-dire à l'état où la résolution devenue plus difficile et parfois impossible rendra la guérison plus ou moins laborieuse et précaire. Pour ce faire, il est de rigueur de combattre vigoureusement les maladies qui affectent cette tendance à la chronicité. Mais ici des écueils se présentent : en affaiblissant le malade, vous lui préparez, dit-on, une convalescence longue et pénible. Mais il est encore plus vrai de dire que les convalescences longues et pénibles sont plus souvent l'effet des maladies mollement attaquées que celui des affections vivement combattues. Du reste, c'est affaire de tact. On dit encore qu'en épuisant le malade au début, on travaille en faveur même de la chronicité, en ravissant à l'économie la force nécessaire pour résoudre le mal. Mais on suppose ici l'ignorance ou l'imprudence. Le vrai praticien connaît les maladies qui doivent être longues. Il sait, par exemple, qu'une entérite folliculeuse confirmée doit durer plusieurs septenaires ; ce que, pour le dire en passant, doivent ignorer ceux qui ne croient pas à l'entérite folliculeuse comme à un des éléments majeurs de la fièvre typhoïde. Le praticien donc agira en conséquence, et se montrera sobre de débilitants, sans cesser de se défier des toniques.

Mais enfin voici la chronicité définitivement établie ; il est évident que les procédés thérapeutiques ne seront plus exactement les mêmes. En effet, il ne s'agit plus ici de juguler le mal, comme disaient Galien et Baillou longtemps avant Broussais. Parfois même il n'est plus question de le guérir, mais seulement de le pallier et de prolonger la vie du malade, seuls avantages qu'il soit permis au praticien d'ambitionner heureusement, les moyens qui tempèrent le mal et qui font vivre le malade sont aussi ceux qui, dans bien des cas, conduisent le plus sûrement à la guérison, si guérir est possible : ce dont il serait facile de donner des explications rationnelles ; car

ce qui guérit commence par soulager, et ce qui soulage doit finir par guérir. Cet aperçu fécond récèle, en outre, une grande règle de sagesse : c'est qu'il exclut, *ipso facto*, ces médications violentes appliquées dans un but téméraire de guérison, et dont le résultat est le plus souvent de hâter la catastrophe. On traite, je le sais, fort dédaigneusement ces principes, on les qualifie de fatalisme désolant et honteux pour la science et pour l'art, puis on lance l'anathème à l'organicisme qui, dit-on, a donné la force à ces rejetons maudits... Hélas ! l'organicisme est bien innocent de ces méfaits, dont la froide observation seule est coupable ; l'organicisme n'a d'autre tort que d'en avoir donné l'explication. Au demeurant, je ne puis concevoir cette philosophie, qui consiste à détourner les yeux de la vérité, à se repaître de chimères. Certes, il y a des exceptions à ces règles comme aux autres, et parfois la nature en appelle comme pour nous enchaîner à nos illusions. Mais ces exceptions prouvent que la science n'est pas plus infaillible que la justice humaine, et voilà tout.

De compte fait, si l'on énumérait les cas où les optimistes, ces prétendus esprits forts, ont triomphé des maladies que la science déclare incurables, sauf de très-rares exceptions (phthisie confirmée, cancer généralisé, anévrysme de cœur, etc.), comparativement à ceux où les médications violentes ont hâté la mort, je doute que ces grands praticiens y trouvassent le repos de la conscience. Si, d'autre part, on énumérait comparativement encore les cas de guérison obtenus par les doux procédés que nous recommandons, et les guérisons obtenues par les méthodes violentes et réputées curatives, je doute beaucoup que l'avantage fût en faveur de ces dernières.

Donc il est démontré qu'au point de vue de la durée, les médications doivent subir de notables variations : aux maladies aiguës les débilitants, la diète, les remèdes actifs largement appliqués ; aux maladies chroniques le régime modéré, les calmants, les altérants sagement administrés. Telles sont les règles générales dont l'observation est dans la conscience comme dans les habitudes des bons praticiens.

Indications tirées de l'élément TERMINAISON. — Selon que telle maladie est reconnue devoir affecter telle ou telle terminaison, les procédés thérapeutiques subiront des modifications diverses. Si la guérison est très-probable, on devra s'en tenir à des moyens légers. Il est bon nombre de maladies pour la solution desquelles la nature se suffit à elle-même : ainsi l'érysipèle, la plupart des exanthèmes fébriles, l'ictère simple, le rhumatisme léger, etc., lesquels ne ré-

clament guère que la méthode dite expectante. Si le mal tend à la chronicité, nous avons déjà dit qu'il fallait opérer avec activité. Que si d'autres maladies doivent succéder à la première, comme l'anévrysme du cœur à l'endocardite, la phthisie pulmonaire au catarrhe bronchique, etc., ce seront de graves raisons pour ne pas négliger l'affection actuelle, quelque bénigne qu'elle soit d'ailleurs en apparence. Mais c'est surtout lorsque la mort est probable, imminente, qu'il faut agir avec énergie. Ainsi la pneumonie sera traitée plus vigoureusement que la pleurésie, la péritonite plus activement que l'entérite, etc. La convalescence, a-t-on dit avec raison, est encore une maladie, et, en effet, les soins que souvent elle réclame pour éviter les rechutes, pour ménager les susceptibilités du sujet, pour restaurer les forces dans les mesures convenables, sont parfois aussi délicats, épineux et périlleux, que le gouvernement de la maladie elle-même.

Indications tirées de l'élément COMPLICATION.—Maintes fois déjà nous avons effleuré cette question. Bornons-nous à rappeler ici que le traitement des complications doit marcher parallèlement à celui de l'affection principale, si même il ne surpasse pas celui-ci en importance. Les complications peuvent être antécédentes ou consécutives. Les premières seront combattues concurremment avec la maladie même, telles sont les diathèses. Les secondes doivent généralement être combattues avec énergie, en tant que plus récentes et souvent plus prochainement dangereuses : telles sont toutes les phlegmasies ultimes. Mais trop souvent alors les forces du malade ne se prêtent plus au déploiement des médications actives. Il est des complications que l'on peut prévoir et songer à prévenir : ce sont celles qui découlent naturellement de l'affection présente, ainsi l'endocardite dans le rhumatisme articulaire aigu, l'anasarque dans la scarlatine, l'hydropisie dans les maladies du cœur. Il est d'autres complications qui sont purement fortuites et sans rapport avec la maladie courante : ce sont toutes les affections intercurrentes imaginables. Celles-ci ne peuvent être prévues ; mais on doit se tenir en garde contre leur apparition souvent insidieuse et latente : pleurésie, pneumonie, diphthérite, érysipèle, etc. Dans certains cas, la constitution épidémique permet de les prévoir ; érysipèle, infection purulente, pourriture d'hôpital, fièvre puerpérale, etc. Ce qui donne lieu à des préceptes importants, quant aux moyens de les prévenir ou de les combattre au moment même de leur invasion.

Indications tirées de l'élément PRONOSTIC.—Le pronostic est quelque chose de plus complexe qu'on ne le suppose généralement. Il ne

se rapporte pas seulement à la mort ou à la guérison, comme on se l'imagine; il a trait aussi à la durée de la maladie, sur laquelle le médecin est fréquemment consulté, puis à la marche, c'est-à-dire aux phénomènes qui succéderont dans l'évolution probable de l'affection; voire même aux effets des médicaments. Le pronostic est toujours chose fort délicate, soit par l'incertitude même inhérente à la maladie, soit aussi en raison des futurs contingents qu'il est impossible de prévoir et d'éviter, telles que les irrégularités patentes ou secrètes commises par le malade ou par ceux qui l'assistent. On ne saurait donc formuler ses pronostics avec trop de réserve. L'optimisme et le pessimisme sont deux excès contraires qu'il faut également éviter; mais le médecin soigneux de sa réputation se gardera surtout d'exagérer dans le sens favorable. Ceci posé, les procédés thérapeutiques, nous le savons déjà, devront être modifiés selon le genre des terminaisons, c'est-à-dire selon la gravité du pronostic. Si la maladie doit être longue, il faudra ménager les forces du malade en l'exhortant, lui et les siens, à prendre patience. Si l'évolution du mal comporte des accidents graves, des périodes inquiétantes, comme dans l'entérite folliculeuse, il faudra les prédire, tout en s'occupant de les prévenir ou de les mitiger. Enfin certains remèdes produisent des effets plus ou moins alarmants : tels sont la somnolence de l'opium, la cécité de la belladone, la surdité, les vertiges de la quinine à haute dose, les vomissements, la diarrhée des antimoniaux, la salivation des mercuriaux, les spasmes de la strychnine, etc. Il faudra donc annoncer ces effets comme possibles et se mettre en devoir de les réprimer lorsqu'ils se produiront, si l'on ne parvient à les prévenir.

Indications thérapeutiques tirées de l'élément MÉDICATION. — Il paraîtra singulier de prime abord que nous placions les médications elles-mêmes au rang des indications thérapeutiques. Rien pourtant n'est plus naturel et plus obligatoire, et le non-sens s'éclaircira si l'on songe qu'une des indications les plus flagrantes est certainement de changer la médication, lorsque les effets obtenus ne sont pas ceux qu'on espérait, lorsque surtout le remède produit de fâcheux résultats. Nous allons formuler à cet égard quelques préceptes capitaux.

1° Il est des cas où les médications le plus rationnellement instituées et les médications empiriques les mieux établies manquent complétement leur effet, ou même produisent positivement de mauvais effets. Force est bien alors d'en employer d'autres.

2° Il est des cas où le praticien rencontre de telles obscurités dans les indications, qu'il est obligé de se livrer à des tâtonnements répé-

tés, jusqu'à ce qu'il rencontre la médication ou le remède convenable.

3° Le remède de l'élément principal est souvent contre-indiqué par l'élément conjoint; ce qui oblige de chercher auquel des deux il convient de donner la préférence, s'il n'est pas possible de les combattre concurremment. De là de nouvelles hésitations. Quoi qu'il en soit de ces déceptions, de ces obscurités, de ces difficultés, il est des principes fondamentaux auxquels il est de rigueur de se soumettre; ainsi :

4° Débuter toujours par les médications rationnelles, c'est-à-dire basées sur la notion de la nature du mal, ou consacrées par une légitime expérience.

5° Ne passer aux médications empiriques, c'est-à-dire contre-indiquées et hasardeuses, qu'en désespoir de cause, sans s'obstiner dans des voies malheureuses.

6° Combattre les maladies dans leurs éléments principaux, dans ceux dont la suppression fera disparaître les autres.

7° En cas d'insuccès, attaquer les éléments secondaires, dont la suppression au moins allégera le mal, si elle ne le guérit radicalement, ce qui arrive parfois.

8° Attaquer les éléments quels qu'ils soient, de manière à ne pas aggraver les éléments conjoints : *Primò non nocere*.

9° Se résigner à chercher à soulager, quand on désespère de guérir. C'est encore le meilleur moyen, avons-nous dit, d'obtenir des guérisons inespérées.

10° Appliquer les remèdes aux doses, sous les formes, avec les précautions voulues et pendant assez longtemps pour s'assurer de leur impuissance, avant de passer à d'autres.

11° Il est reconnu que les praticiens pèchent au moins aussi souvent par timidité que par témérité, dans l'application des remèdes actifs.

12° Ne condamner une médication en faveur d'une autre que lorsque celle-ci produit des effets manifestement plus avantageux, car à l'impossible nul n'est tenu.

Il est absurde, en effet, de déblatérer contre les antiphlogistiques, par exemple, dans les cas où les autres moyens ne réussissent pas mieux, comme dans la fièvre typhoïde, le choléra, le rhumatisme, la phthisie, etc.

C'en est assez pour faire comprendre combien de précieuses indications thérapeutiques surgissent de la thérapeutique elle-même. Il y a plus : de toutes les indications, celles qui ressortent des médica-

tions appliquées ont certainement le plus d'importance, car ce sont les médications qui jugent en dernier ressort de la bonté, de la vérité des doctrines et des théories préconçues; et toutes les autres indications tombent à néant, si la médication elle-même ne vient pas les confirmer.

Je ne sais si je m'abuse, mais il me semble que jamais les mobiles réels de la thérapeutique appliquée n'ont été soumis à une analyse aussi complète, aussi méthodique et aussi satisfaisante que dans cette esquisse, dont l'exécution ne pouvait être inspirée que par une doctrine aussi compréhensive que celle des éléments positifs. Il me semble aussi que chacune des propositions comprises dans ce travail peut sans crainte appeler le contrôle de la raison la plus sévère, et que toutes recevront l'assentiment des praticiens dégagés des préjugés d'école; car elles sont puisées dans les entrailles même de la pratique et formulées, en quelque sorte, sous la pression des exigences de l'art.

Or, si ces principes sont acceptés sans contestation, qui ne voit les graves conséquences qui en découlent, bon gré mal gré, à l'endroit des doctrines dissidentes? En face de ce substratum de nos actes obligés, de ces vérités pratiques offertes dans toute leur nudité, de ce produit net de la science aux prises avec les réalités de la médecine militante, les systèmes exclusifs ou incomplets n'ont plus qu'à retirer leur motion en confessant leur impuissance; car tous y trouvent çà ou là leur condamnation à côté de leur raison d'être. Ils pourront se retrancher dans les régions de l'idéal pour y continuer la lutte, en bataillant dans le vide; mais le fait, le fait inexorable, au tribunal duquel nous les assignons, est là pour les juger, sinon pour les convaincre. S'il suffit de marcher pour prouver le mouvement, pour démontrer l'inanité de ces systèmes comparés à cette large et robuste doctrine des éléments, il suffit de les mettre à l'œuvre et de les voir agir. La doctrine des éléments, elle, marche droit au but, aborde de front la réalité, appelle avant tout la preuve directe, c'est-à-dire l'application. Après avoir démontré qu'en face du malade les doctrines courantes jouent un rôle positif, mais restreint, il restait à chercher une conception assez ample et assez flexible pour combler toutes les lacunes, obvier à toutes les éventualités et synthétiser tous les faits. Cette conception est trouvée: ce n'est, ce ne peut être que notre doctrine des éléments, qui n'est point un système, elle, car ce n'est que l'acceptation simple et passive, en quelque sorte, de toutes les conditions imposées par la nature.

On objectera, on a objecté que cette doctrine est trop vague, trop

morcelée; qu'elle manque de ce caractère concret, décidé, de ce principe dominateur qui, comme du haut d'une tour, selon l'expression baconienne, embrasse et centralise tous les détails; mais, je le demande, est-il donc vraiment philosophique de chercher autre chose que la vérité, de refuser d'accepter la nature telle que Dieu l'a faite, simple ou multiple, peu importe? Se plaint-on, par hasard, de la chimie parce qu'elle n'aboutit pas à une substance unique? En est-elle moins la science positive, par exemple? Mais on insiste, et l'on dit encore : Tant qu'on n'a saisi que des faits isolés, disparates, tant qu'on ne les a pas ramenés à une loi, on possède les matériaux d'une science, mais la science n'est pas encore... Je ne sais trop si l'unité de loi est bien le caractère essentiel de la science. Je crains que ce ne soit là un principe quelque peu conventionnel, comme les unités dramatiques d'Aristote. A ce titre, je le répète, la chimie et les autres branches de l'histoire naturelle ne seraient pas des sciences. Mais, dites-vous, la chimie a pour loi l'affinité. Eh bien ! nous avons, nous, pour loi, l'organicisme. Je ne sache pas que la chimie sépare l'affinité des corps qui la comportent; eh bien! nous ne séparons pas la vie des organes qui en sont doués.

Au demeurant, et sans rentrer dans ces disputations métaphysiques, nous concluons que si l'organicisme, non plus que le vitalisme, ne suffit pas à rendre complétement raison de tous les faits physiques et moraux, c'est une raison de plus et la meilleure peut-être pour accepter la doctrine des éléments, qui, à l'occasion, use de l'un comme de l'autre système, qui atteint le but final de l'art, lequel est de satisfaire à tous les besoins de la pratique, et qui se pose comme nécessité indéclinable, en attendant qu'elle ait trouvé sa *loi*, si tant est que cette loi existe et qu'il nous soit donné de la découvrir un jour.

Des accidents produits par les ascarides lombricoïdes et de leur traitement.

Par M. le docteur Henri Anciaux (¹).

Helminthisme ou cachexie vermineuse. — Lorsqu'un individu est soumis pendant des mois ou des années à l'action incessamment débilitante des parasites intestinaux, un travail d'affaiblissement s'accomplit en lui et mène à de graves désordres, qui peuvent causer la mort si on ne remédie à cet état de choses.

(¹) Fin. — Voir les livraisons des 15 et 30 septembre, p. 199 et 241.

Quoique ce dénoûment funeste soit assez rare, il n'est pas moins réel ; il est souvent négligé, ignoré même des praticiens.

L'ensemble des symptômes qui le caractérisent est le suivant : « Le malade dépérit, languit, maigrit, il devient anémique ; ses joues se creusent, les traits se tirent en bas, ses muscles s'amoindrissent ; le but de la digestion paraît en partie manqué ou du moins n'être pas entièrement rempli. » (Piorry.) Le ventre est très-volumineux, le diaphragme se soulève ; la poitrine est maigre, décharnée ; les côtes sont saillantes, et laissent entre elles un espace profond ; les clavicules sont prononcées ; les poumons sont sonores à la percussion ; la respiration vésiculaire se fait entendre dans tout l'organe, mais elle est courte, saccadée, souvent elle s'accompagne de rhonchus sibilants.

Le cœur bat avec rapidité, et laisse entendre un bruit de souffle qui se prolonge dans les carotides. Le sang est altéré, les globules ont diminué, la face est flétrie, les yeux sont mornes, les lèvres décolorées ; les gencives sont pâles, un sentiment de pénible faiblesse s'est emparé de tout le corps ; tous les mouvements sont languissants. Ajoutez à ces phénomènes une toux qui accable souvent les pauvres malades, une expectoration bronchique, quelquefois abondante, et on aura l'image d'une consomption pulmonaire ; même faiblesse, même abattement, même irritabilité nerveuse, même mobilité dans les goûts, enfin c'est une même mort pour celui qui ne voit point son origine différente.

On me consulta pour la fille Andrien F..., de Chaumont, que l'on croit pneumophthisique, et qui a été traitée comme telle.

Cette enfant a neuf ans ; elle est petite, maigre, excessivement pâle ; ses yeux sont enfoncés, cernés, ses gencives sont décolorées ; elle a peu d'appétit, ses fonctions digestives s'exécutent mal ; elle tousse fréquemment : la toux fut d'abord sèche, elle s'accompagna ensuite de bronchorrhée. La respiration est laborieuse, les inspirations sont grandes, l'expiration très-courte. Il y a des battements de cœur fréquents et du bruit de souffle.

La langue est pâle, muqueuse, offre quelques pointillés sur les bords, qui sont rouges et saillants. Il y a des accès fébriles assez fréquents : les téguments alors se colorent, le visage s'injecte, une grande pâleur succède ensuite à ce phénomène.

Le ventre est très-volumineux, la région épigastrique est douloureuse à la pression. La percussion médiate tire un son clair tympanique ; les parois fortement tendues, rebondissent avec force sous le choc du doigt. L'ombilic est saillant, le son aérique a son maximum

d'intensité autour de lui; la région du colon ascendant est mate; la poitrine maigre, étroite, est très-sonore. On entend la respiration vésiculaire partout.

Je fis prendre un électuaire anthelminthique, que je fis suivre, pendant plusieurs jours de suite, d'une infusion de mousse de Corse. Sous l'influence de cette médication, l'enfant rejeta vingt-six ascarides lombricoïdes. Tout alla bien; je combattis les dernières traces du mal, en donnant à ma petite malade 1 gramme d'iodure de potassium, à prendre en vingt-quatre heures dans un peu de lait frais. Les parents sont de pauvres ouvriers, et le régime n'a pas été suivi. Trois mois plus tard, de nouveaux accidents survinrent, mais moins intenses. Je prescrivis alors l'ail en macération sur le genièvre, à prendre avant les repas; je continuai encore l'iodure de potassium, et j'insistai sur le régime. L'enfant aujourd'hui ne tousse plus, la coloration est fraîche, la maigreur a presque complétement disparu, l'appétit est bon, et les aliments s'élaborent aisément; la dureté et la tuméfaction du ventre ont disparu.

J'ai revu souvent cette enfant. Voulant suivre les progrès de l'amélioration générale de l'économie, j'ai pu, à différentes reprises, constater l'apparition chez elle d'une nouvelle génération d'helminthes. J'ai pu ensuite me convaincre, après différents essais, que la meilleure médication pour l'arrêter était un mélange de magnésie calcinée et de sous-nitrate de bismuth (magnésie calcinée, 10 gram.; sous-nitrate de bismuth, 2 grammes pour douze paquets, trois par jour, dix minutes avant les repas). Cette médication, bien qu'elle ne provoquât point de diarrhée, et qu'elle ne fût point anthelminthique, fit disparaître dix-neuf lombrics, et sous son influence, la santé de cette enfant est devenue aussi bonne que possible.

Nous avons reconnu trois époques dans l'évolution helminthique; chacune d'elles demande, quant au traitement, une manière d'agir différente. On traitera la disposition « en prévenant la génération des helminthes par un régime convenable, par la soustraction des causes indiquées plus haut, et, si cela n'est pas possible, par des moyens propres à les neutraliser.» (Cruveilhier.) Ainsi, dès qu'une alimentation produit un effet nuisible, il faut immédiatement lui en substituer une autre; mais comme il arrive souvent que nous avons affaire à des malheureux, qui n'ont point à leur disposition une nourriture plus substantielle, il faut que le médecin y remédie par des moyens qui, quoique imparfaits, ont cependant une certaine valeur.

Le premier nous est fourni par les toniques directs que l'on prend parmi les amers. Les plantes que fournissent nos campagnes, nos

jardins, nos prairies et nos bois, peuvent souvent nous les fournir. Celles auxquelles on peut accorder sa confiance sont : l'absinthe, la petite centaurée, la méniantlie, le trèfle d'eau, l'armoise vulgaire et le houblon. On en fait des tisanes qui, malgré leur amertume, sont prises assez facilement par les enfants. On les leur donne, le matin, avec un peu de lait ou de sucre pour le premier repas, et ils s'y habituent peu à peu.

La magnésie calcinée, unie au sous-nitrate de bismuth, a aussi une grande importance. Je l'ai actuellement employée un grand nombre de fois, et elle m'a toujours donné des avantages marqués. Je la fais prendre dix à quinze minutes avant les repas, dans un peu d'eau. Cette poudre absorbe les sucs acides surabondants, tonifie la muqueuse intestinale, modifie sa sécrétion, et ramène ainsi l'appareil digestif vers les conditions normales de la santé.

Un autre moyen est également utile, ce sont les bains; mais les ouvriers de nos campagnes, et, il faut le dire, un bon nombre des habitants, semblent avoir les bains en horreur : jamais ils n'en font usage. S'ils sont malades, et qu'un bain leur soit utile et prescrit, il est rare qu'ils se soumettent à l'ordre du médecin.

Les bains qu'on peut ordonner aux enfants, dans le cas qui nous occupe, doivent d'abord être tièdes. On diminue la température au fur et à mesure qu'on y soumet l'enfant ; le séjour qu'il y fait doit être d'autant moins long que le bain est plus froid, et on a soin, pendant qu'il y est, de lui frictionner le ventre et tout le corps. Il est utile qu'on provoque, après la sortie, une légère transpiration. On n'essuie point l'enfant dès qu'il sort de l'eau ; on l'enveloppe d'un linge chauffé, et on le met immédiatement après dans son lit, qu'on recouvre suffisamment.

L'évaporation de l'eau qui est à la surface du corps se fait ; elle appelle et maintient la réaction. Le médecin est obligé d'insister sur ces petits détails auprès des mères. Il est utile aussi, quand il prescrit les bains froids, qu'il recommande qu'avant l'entrée dans la baignoire, on frictionne préalablement la poitrine et la tête de l'enfant avec la main trempée dans l'eau du bain.

Tout cela est fort facile et à la portée de tout le monde. Nous l'obtenons rarement, parce que nous n'y insistons pas assez.

Traitement de l'état helminthique. — Lorsque l'état helminthique est reconnu, le bon sens indique qu'il faut chasser les parasites de l'économie ; la médication pourtant ne s'arrête point là. Quoique l'expulsion soit faite, quoique l'amendement, la disparition même des symptômes ait eu lieu, rien cependant n'est plus douteux que la

guérison du malade. Le passage des helminthes laisse dans l'économie une trace qui est marquée par un affaiblissement général, qui se lie avec celui qui est produit par les causes déterminantes, et que doit encore combattre le médecin. Ainsi, après l'expulsion, il reste deux choses à faire : 1° remédier à l'état de faiblesse laissée à l'organisation en général, et en particulier au tube digestif ; 2° s'opposer à l'action incessante des causes.

De l'expulsion des helminthes. — Pour réussir dans sa médication, il faut user de certaines précautions : 1° on donne le médicament à jeun le matin ; il est utile même de préparer l'enfant dès la veille, et pour cela, on lui fait prendre peu de nourriture : on peut même, dans quelques cas, lui donner avec beaucoup d'avantage du jus de pruneaux ou un peu de manne dans du lait.

2° *Il faut faire choix d'un médicament.*—Ce choix sera basé sur l'état des voies digestives de l'enfant et sur sa docilité, qui doit souvent être consultée, car il arrive fréquemment qu'un enfant refuse de prendre des poudres, tandis qu'il prend un électuaire, et le contraire a également lieu.

Si l'on reconnaît par la percussion, en déprimant fortement le ventre par le plessimètre, que l'intestin grêle contient des matières fécales, on donnera un purgatif uni à un anthelminthique. La formule donnée par M. le professeur Cruveilhier, et que je rapporte ici, a surtout alors de la valeur.

Pr.	Follicules de séné............	ãã 4 grammes.
	Semen-contra................	
	Aurone......................	
	Mousse de Corse.............	
	Fleurs de tanaisie...........	
	Petite absinthe...............	

Faites infuser à froid dans 240 grammes d'eau ; passez ; sucre q. s. pour un sirop, que l'on prendra par cuillerées à bouche, le matin, pendant trois jours.

La formule dont je me sers souvent est la suivante ; quand elle est sagement administrée, elle a toujours du succès.

Pr.	Résine de scammonée pulvérisée.	60 centigr. à 1 gramme.
	Calomel....................	30 centigrammes.
	Semen-contra en poudre.......	2 à 6 grammes.
	Miel.......................	90 grammes.

F. s. a. un électuaire.

A prendre par cuillerées à bouche, de dix en dix minutes, jusqu'à effet purgatif. J'augmente la dose des principes actifs de cet électuaire quand il s'agit d'un enfant de dix ans, et au-dessus.

Après cette médication, je fais prendre deux ou trois jours de suite du semen-contra, ou une décoction de mousse de Corse.

Dans nos campagnes, il est utile d'avoir un médicament à bon marché. La semence de tanaisie et l'ail ont été avantageusement utilisés.

Il est important, dans certains cas, d'administrer quelques lavements purgatifs; c'est particulièrement quand la région du côlon reste dure, mate à la percussion; c'est aussi quand il y a des démangeaisons au pourtour de l'anus, sans qu'il y ait pour cela des ascarides vermiculaires. Des lavements d'eau froide ou avec une décoction anthelminthique sont également utiles.

S'opposer aux causes.—L'axiome : *sublatâ causâ, tollitur effectus*, a particulièrement ici son application; mais comme il est souvent difficile, en raison de la fortune des parents, ou impossible même, en raison du caprice ou de l'indocilité des enfants, d'enlever l'action des causes, il faut alors chercher à les neutraliser. Stimuler l'appareil digestif par des moyens appropriés, activer le système cutané, augmenter son énergie de résistance à l'action débilitante de l'humidité, tels sont les moyens qui peuvent aider, guérir même des malades.

Remédier à l'état de faiblesse générale et du tube digestif en particulier. — J'ai parlé, à l'article du traitement, de la disposition helminthique, de différents moyens qu'on peut mettre en usage; il me reste à en rapporter un fort simple, que j'ai vu mettre et que j'ai mis souvent en pratique. L'ail est particulièrement avantageux pour combattre la faiblesse du tube digestif, en même temps qu'il agit comme anthelminthique. « Son action tonique, dit Schwelgué (*Traité de matière médicale*), se rapproche beaucoup de celle des crucifères : elle est très-intense, mais momentanée; les médicaments préparés avec ce bulbe augmentent l'appétit, accélèrent la digestion, excitent les organes rénaux, pulmonaire et cutané. »

Lorsque je prescris l'ail, c'est en macération dans le genièvre ou l'eau-de-vie de France : sur 500 grammes de cette liqueur, je fais mettre 50 ou 60 grammes de bulbes d'ail, auxquels je fais ajouter une égale quantité de sucre candi. Après deux ou trois jours de macération, on donne aux enfants 10, 20 ou 30 grammes de cette liqueur immédiatement avant les repas.

Traitement de l'helminthisme. — Après avoir fait disparaître de l'économie les hôtes dangereux qui la rongent, il importe de donner son attention à l'état de faiblesse, et de le combattre avec les armes les plus sûres.

Le régime analeptique est absolument nécessaire, il faut y insister auprès des parents. Les préparations ferrugineuses, mais particulièrement le lactate de fer, ont une incontestable utilité. L'iodure de potassium a aussi un avantage réel ; il stimule l'appareil gastro-entérique, active et rend plus facile l'assimilation des matières nutritives.

Il est quelquefois aussi nécessaire de combattre directement certains symptômes ; telle est, par exemple, la bronchorrhée. Les moyens qui sont généralement employés dans ce cas ont toujours un assez prompt avantage, pourvu qu'on ait auparavant expulsé les helminthes du tube digestif.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Amputation de la jambe : à quelle hauteur on doit faire cette amputation.

Résumé d'une discussion à la Société de chirurgie.

Par le docteur G. Goyrand, d'Aix.

Le principe du lieu d'élection n'est pas de date très-ancienne. Avant A. Paré, il n'existait pas de règles précises pour l'amputation des membres. Ces opérations se faisaient, le plus souvent, pour des cas de sphacèle, et on se contentait alors de détacher les parties mortifiées, en opérant sur les limites du mort et du vif. L'invention de la ligature des artères ouvrit de nouvelles voies à la chirurgie. Avec ce moyen hémostatique, on ne craignait plus d'amputer dans le vif. Eh bien ! dès cette époque, A. Paré avait établi le principe du lieu d'élection pour l'amputation de la jambe, principe fondé sur la gêne que devait occasionner un moignon trop long fléchi sur la jambe de bois. *S'il estoit ainsi que l'on coupast seulement un peu au-dessus du mal*, dit Paré, *le patient seroit en peine de porter trois jambes, là où il n'en portera que deux*. Et à ce propos, il raconte l'histoire d'un *capitaine, François Leclerc, lequel, estant sur un navire, eut un coup de canon qui luy emporta le pied un peu au-dessus de la cheville, de laquelle playe fut guary ; mais, quelque temps après, voyant que sa jambe luy nuisoit, la fit couper jusques à cinq doigts près du genouil ; et maintenant*, ajoute-t-il, *se trouve mieux à marcher qu'il ne fesoit auparavant*. (Douzième livre des Contusions, combustions et gangrènes ; chap. XXIX, Du lieu où il faut commencer l'amputation.)

On sait ce que peut l'autorité d'un grand nom ; aussi, les tenta-

tives faites à diverses époques par des esprits indépendants pour ramener l'amputation de la jambe à la règle commune, qui consiste à retrancher le moins possible de parties saines, avaient-elles toujours échoué. Solingen, Ravaton, Withe, Bromfield, Bell, et plus récemment Vacca-Berlinghieri, avaient fait de vains efforts pour faire adopter l'amputation à la partie inférieure de la jambe; mais si la généralité des praticiens était restée fidèle au vieux principe, c'est que la question n'était pas étudiée par les dissidents sous son véritable point de vue. Le principal argument qu'ils faisaient valoir en faveur de la méthode qu'ils préconisaient était la possibilité d'adapter au long moignon qui résultait de l'amputation pratiquée au-dessus des malléoles un membre artificiel, qui devait être moins difforme et plus utile que la jambe de bois ordinaire. Eh bien! ce prétendu avantage était une illusion avec les appareils dont se servaient ces chirurgiens. Il est évident que la bottine de Ravaton et autres ne pouvaient atteindre le but que se proposaient leurs auteurs; et si l'amputation sus-malléolaire ne présentait d'autre avantage que celui qu'on lui attribuait, elle devrait être abandonnée à jamais. Aussi, à la fin du siècle passé, Sabatier avait-il prononcé contre elle un nouvel arrêt qu'on a pu croire irrévocable.

Les chirurgiens français sont restés fidèles aux principes posés par Paré et par Sabatier pendant le premier tiers de ce siècle; cependant, en 1827, Lisfranc, dans ses cours d'opération, nous entretenait de l'amputation à la partie inférieure de la jambe, comme d'une opération qui serait peut-être adoptée un jour, et il nous parlait, à cette occasion, d'un concierge du cimetière Clamart, qui avait eu le pied emporté par un boulet, et qui marchait très-bien, quoiqu'il n'adaptât à son membre tronqué qu'un appareil grossièrement construit, dans lequel l'extrémité du moignon, appliquée sur un coussin très-dur, supportait le poids du corps. En 1832, M. Velpeau écrivait (Médecin opérat., 1re éd., t. I, p. 480-81) que *l'amputation de la jambe à sa partie inférieure est beaucoup moins grave que dans le lieu d'élection, par suite du peu de parties molles qui s'y trouvent, et que chez les sujets qui ne sont pas obligés à des courses longues et fatigantes, et qui tiennent beaucoup à la conformation naturelle ou aux apparences d'une conformation naturelle, l'amputation suivant la méthode de Solingen pourrait être parfois adoptée.*

Malgré ces manifestations assez réservées, il est vrai, contre le vieux dogme du lieu d'élection, personne en France ne pensait à mettre en pratique les principes que pressentaient les deux chirur-

giens que je viens de citer, quand, en avril 1831, me trouvant en présence d'un malade exténué, excessivement affaibli, crachant du pus, en un mot dans les conditions les plus fâcheuses, convaincu que, dans un pareil état, il ne pourrait pas supporter l'amputation au lieu d'élection, ne voyant pourtant de salut possible que dans la suppression du foyer de suppuration qu'il portait au pied, je me décidai à l'amputer à la partie inférieure de la jambe, parce que l'amputation faite à cet endroit me semblait bien moins grave, et me paraissait pouvoir être encore supportée. J'amputai donc, aussi bas que possible, et le malade guérit très-bien. Il a vécu douze ans encore, s'est marié, et a fini par succomber à la tuberculisation des poumons, laissant plusieurs enfants rachitiques et tuberculeux.

La guérison de ce malade qui, à ce qu'il me semblait, aurait, à coup sûr, succombé à l'amputation pratiquée au lieu d'élection, me confirma dans l'opinion favorable que j'avais conçue de l'amputation au-dessus des malléoles. Peu de temps après, se présentent trois nouveaux cas fort analogues au précédent. Dans les trois cas, l'amputation sus-malléolaire est couronnée d'un succès complet. La guérison de la plaie est très-prompte, et je vois des lésions graves, concomitantes de celle du pied, s'amender sous l'influence de l'amputation.

Un orthopédiste ingénieux, M. Mille, à qui je m'adressai pour qu'il fabriquât un membre artificiel à mon premier amputé, s'en tira avec bonheur. Je n'eus pas de peine à lui faire comprendre qu'il ne fallait pas que le moignon appuyât sur le fond de la botte, et supportât par son extrémité le poids du corps, comme dans la plupart des appareils imaginés pour ces cas-là; qu'il y aurait tout autant d'inconvénient à faire supporter le poids par toute la longueur du moignon, en engageant celui-ci dans une cavité conique, dans laquelle tous les points de sa longueur porteraient, excepté son extrémité, comme dans la botte de Ravaton, parce que les frottements ou les tiraillements auxquels le moignon était soumis dans ces divers appareils ne pouvaient manquer de contondre ou de déchirer la cicatrice.

M. Mille avait déjà fait pour une demoiselle de Brignolles, amputée au lieu d'élection par M. le docteur Rougon, et qui tenait beaucoup à déguiser sa mutilation, un appareil articulé à la hauteur du genou, dans lequel le point d'appui principal était pris sur la tubérosité sciatique. Quand il eut à faire une jambe à mon amputé, la chose ne fut pas difficile. Le mécanisme était trouvé : il n'y eut qu'à disposer la partie jambière de l'appareil de manière à ce qu'elle em-

brassât et contînt bien exactement le long moignon de mon amputé.

Ce n'est point ici le lieu de revenir sur le membre artificiel de M. Mille. Je l'ai décrit et fait représenter par des gravures dans le mémoire que j'ai publié, dans le temps, sur ce sujet; ce que je dois dire, c'est que cet appareil s'adapta très-bien au moignon de mon amputé, qui put, avec sa jambe artificielle, marcher et courir comme s'il avait ses deux jambes.

De plus en plus satisfait, j'écrivis à la fin de 1834 un Mémoire intitulé : *Plus de lieu d'élection pour l'amputation de la jambe !*

Mon travail fut présenté à une des Sociétés de médecine de Marseille; je l'envoyai ensuite au Journal hebdomadaire, dont le rédacteur, moins exalté que moi, remplaça ce titre un peu enthousiaste par un autre plus modeste, plus sage, peut-être, et publia mon mémoire sous le titre suivant : *De l'amputation de la jambe pratiquée loin du genou; nouvel appareil de sustentation* (numéro du 9 mai 1835).

Dans ce travail, je me posais les questions suivantes :

— Quelle est, des deux méthodes d'amputation de la jambe, celle qui donne la plaie la plus simple, la plus susceptible d'une guérison prompte ?

— Quelle est celle qui entraîne le moins de danger ?

— L'imperfection des appareils qui ont été adaptés jusqu'à présent aux membres tronqués au-dessus des malléoles était-elle un motif suffisant pour faire rejeter la méthode de Solingen ?

—Si on rejette l'amputation au-dessus des malléoles comme méthode générale, ne devra-t-on pas l'admettre, pour certains cas, comme méthode exceptionnelle?

Je résolvais toutes ces questions par le raisonnement, appuyé de mes quatre observations, en faveur de la méthode nouvelle, et je terminais par les conclusions suivantes :

1° L'amputation de la jambe au-dessus des malléoles est bien plus simple et bien moins dangereuse que celle qu'on fait au-dessous du genou.

2° La plaie qui résulte de l'amputation pratiquée à la partie inférieure de la jambe se cicatrise au moins aussi facilement et aussi promptement que celle que donne l'amputation pratiquée au lieu d'élection.

3° Dans certains cas où il existe des contre-indications formelles à l'amputation de la jambe au lieu d'élection, on peut encore amputer au-dessus des malléoles avec des chances de succès, et sauver

ainsi des sujets que la pratique ordinaire condamne à une mort inévitable et prochaine.

4° Il est possible de construire des jambes artificielles dans lesquelles la cicatrice du moignon ne soit pas exposée à se contondre, à se déchirer; il suffit pour cela de prendre ailleurs que sur la jambe le point d'appui principal, et de ne pas faire porter l'extrémité du moignon sur le fond de la botte; ces conditions sont remplies dans l'appareil que j'ai décrit.

5° Il est donc rationnel de renoncer à la pratique ordinaire et de remplacer le principe du lieu d'élection par le précepte suivant :

Quand l'amputation de la jambe sera nécessitée par une lésion du pied, de l'articulation tibio-tarsienne ou de la partie inférieure de la jambe, on devra la pratiquer le plus bas possible.

Cette innovation fut bien accueillie. M. Velpeau, le premier à Paris l'essaya à la Charité, le 26 juin 1835. (Voir à ce sujet un article beaucoup trop flatteur pour moi dans la Gazette des Hôpitaux, 1835, page 309.)

Le 14 juillet suivant, Roux pratiquait à l'Hôtel-Dieu l'amputation sus-malléolaire. L'illustre chirurgien me fit l'honneur de m'inviter à venir l'assister, et je lui servis d'aide. (Gaz. des Hôp., 1835, page 341.)

Bientôt après ce fut Gerdy, puis Blandin, qui devint un des plus zélés partisans de la méthode, puis Serre, de Montpellier, qui fit construire pour un de ses amputés un membre artificiel d'une valeur très-contestable. (Gaz. méd., 1837, page 408.) En peu de temps, l'opinion se modifia sur ce point, et un grand nombre de chirurgiens adoptèrent l'amputation sus-malléolaire, que les uns firent par le procédé circulaire simple, d'autres par des procédés particuliers se rattachant à la méthode circulaire (Blandin, Lenoir), d'autres enfin par la méthode à lambeaux (Jobert de Lamballe).

Enfin, une discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie nous permettra de voir quelle est l'opinion des chirurgiens de notre époque sur ce point de pratique. Voici le résumé de cette importante discussion.

Il est deux points sur lesquels les membres de la Société sont d'accord, savoir : la gravité de l'amputation au lieu d'élection, et l'innocuité relative de l'amputation sus-malléolaire. Tandis que la première fait périr la moitié de ceux qui la subissent (1), la mortalité à la suite de l'amputation sus-malléolaire n'est que d'un

(1) Suivant M. le professeur Malgaigne, 55 pour 100.

sixième ou un septième ([1]). Ces chiffres sont acceptés sans contestation par la Société.

Voilà donc la première conclusion do mon mémoire adoptée sans discussion et justifiée par la statistique.

Mais comment donc peut-il exister encore des partisans du lieu d'élection? Quels arguments fait-on valoir contre l'amputation sus-malléolaire?

M. Larrey est, de tous les orateurs qui ont pris part à la discussion, le seul qui se prononce d'une manière absolue contre la nouvelle méthode. Il reconnaît que l'amputation sus-malléolaire est moins dangereuse, mais assure qu'elle est souvent suivie d'accidents consécutifs. Depuis quelque temps, il voit revenir de Crimée des hommes qui ont été amputés à la partie inférieure et à la partie moyenne de la jambe, et qui se trouvent dans de telles conditions, on ne peut s'empêcher d'en conclure que le lieu d'élection finira par prévaloir. D'après le chirurgien du Val-de-Grâce, c'est le perfectionnement apporté aux appareils prothétiques qui a fait adopter l'amputation au-dessus des malléoles; et cependant, la difficulté de se servir de ces membres artificiels et les accidents que leur usage détermine sont tels, que les malades finissent par y renoncer et se servir de la jambe de bois ordinaire.

A l'appui de son assertion, le chirurgien du Val-de-Grâce présente à la société deux blessés de Crimée, dont l'un, qui est un Arabe, a été amputé des deux jambes au-dessus des malléoles, et l'autre l'a été de la jambe droite, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du membre. Ce dernier présente peu d'intérêt au point de vue de la question qui s'agite en ce moment; quant au premier, amputé depuis vingt-deux mois, il a deux moignons coniques, atrophiés, qui sont le siége de douleurs incessantes et d'ulcérations qui se cicatrisent très-difficilement et se reproduisent sans cesse. Les appareils les mieux confectionnés n'ont pas encore pu permettre à cet homme de marcher, ni même de se tenir debout; en un mot, la gêne et les douleurs qu'il éprouve sont si insupportables que, malgré la répulsion qu'éprouve sa race pour toute opération qui enlève une partie du corps, celui-ci demande qu'on lui fasse la résection des deux moignons.

Comme M. Chassaignac, M. Larrey réprouve l'amputation se-

([1]) M. Huguier n'a perdu qu'un malade sur quatorze. MM. Arnal et Martin ont réuni 97 amputations sus-malléolaires; sur ce nombre, il y a eu 87 succès.

condaire, qui serait pratiquée par cela seul qu'un moignon serait trop long ; mais si l'on n'ampute pas pour cette cause, on peut être contraint de le faire, comme Sabatier, Yvan, Larrey père, et MM. Gimelle et Hatin l'ont fait aux Invalides, pour remédier aux accidents qu'entraîne cet excès de longueur du moignon.

M. Verneuil, moins exclusif que M. Larrey, voudrait cependant restreindre l'application de l'amputation sus-malléolaire, dont on a, dit-il, exagéré les avantages. Cette opération donne aussi lieu à des accidents. Elle est bien moins dangereuse, sans doute, que l'amputation au lieu d'élection; mais quand on ampute, il faut, dit-il, faire attention au bénéfice qu'on doit retirer du sacrifice du membre; et, dans certains cas, mieux vaut affronter les chances d'une opération plus grave, que de s'exposer à faire une opération insuffisante, à laquelle il faudrait revenir plus tard : agir autrement, c'est s'exposer à faire courir deux fois au malade les chances de l'amputation.

L'amputation sus-malléolaire, continue M. Verneuil, donne plus souvent que celle au lieu d'élection des moignons défectueux, coniques ; elle expose bien plus à l'ostéite, à la carie et à la nécrose consécutives; et les accidents arrivent surtout dans les cas où on ampute pour des tumeurs blanches de l'articulation tibio-tarsienne, et tiennent à ce que les os ont été sciés trop près du siége du mal, dans un point où ils ne sont pas tout à fait sains. Aussi M. Verneuil voudrait-il réserver l'amputation sus-malléolaire pour les lésions traumatiques ou pour les altérations organiques qui sont bornées aux os du pied, et amputer au lieu d'élection dans les cas de tumeur blanche ou de carie de l'articulation tibio-tarsienne.

En terminant, M. Verneuil se demande si, dans ces derniers cas, il ne conviendrait pas de faire pour la jambe comme pour la cuisse et le bras, c'est-à-dire d'amputer cette section du membre inférieur dans tous les points de sa longueur.

Les beaux résultats obtenus par M. Huguier de l'amputation sus-malléolaire (un seul mort sur quatorze amputés) ont dû faire de ce chirurgien un partisan zélé de la méthode ; mais, plus tard, M. Huguier a vu survenir des caries et des nécroses consécutives, chez des sujets qu'il avait amputés d'après cette méthode, pour des tumeurs blanches du cou-de-pied ; et s'est même vu forcé deux ou trois fois de réamputer des malades. Ces derniers faits ont apporté quelques modifications à sa manière de voir, et maintenant, comme M. Verneuil, il n'ampute plus à la partie inférieure de la jambe que pour les lésions traumatiques et les affections organiques bornées

au pied, et ampute au lieu d'élection les sujets atteints de tumeur blanche tibio-tarsienne.

M. Guersant ayant constaté que, chez les enfants, l'amputation au lieu d'élection réussit aussi bien que celle qu'on pratique à la partie inférieure de la jambe (on sait combien le résultat des opérations diffère chez les enfants et chez les adultes), préfère le lieu d'élection à son hôpital, à cause de la position sociale de ses jeunes malades, qui auront à supporter des travaux fatigants, et qui ne pourraient pas faire les frais d'acquisition et d'entretien d'appareils compliqués.

Enfin, M. Robert, tout en reconnaissant la gravité de l'amputation au lieu d'élection, qu'il juge presque aussi dangereuse que celle de la cuisse, et l'innocuité relative à l'amputation sus-malléolaire, n'adopte cependant pas celle-ci dans tous les cas où elle serait applicable. Ainsi, si le malade est dans une position sociale qui ne l'oblige pas à un travail pénible et qui lui permette de se procurer de bons appareils, il l'ampute à la partie inférieure. S'il est pauvre et s'il doit exercer un état fatigant, on peut, dit-il, hésiter. Lui aussi ampute à la partie inférieure pour les lésions traumatiques et les caries du pied, au lieu d'élection pour les tumeurs blanches et les caries du cou-de-pied; enfin, comme M. Guersant, il préfère pour les enfants le lieu d'élection, par les motifs exposés par son collègue, et à cause de la difficulté que présente l'application du membre artificiel à cet âge, et de la nécessité où on serait de le renouveler souvent.

Si l'amputation sus-malléolaire a été attaquée à la Société de chirurgie, elle y a trouvé aussi des défenseurs éloquents, et, il faut le dire, la tâche de ces derniers était d'autant plus facile, que les adversaires de la méthode acceptaient sans contestation les résultats statistiques produits au sujet de la gravité respective des deux opérations.

C'est M. Broca qui est venu renverser une à une, avec une logique puissante, les raisons que donnaient, à l'appui de leur thèse, les défenseurs du lieu d'élection. Suivons ce chirurgien dans son argumentation.

Les objections de M. Larrey sont sérieuses, sans doute, dit M. Broca; il est vrai que, faute d'appareils bien construits, certains amputés sont exposés à des accidents; qu'on en voit qui, désespérant de se servir des appareils prothétiques, se décident à porter le genou fléchi sur la jambe de bois ordinaire, et sont gênés dans leurs travaux par le moignon qui fait saillie en arrière; mais que

sont ces inconvénients comparés aux dangers qu'entraîne l'amputation au lieu d'élection?

M. Broca compare les deux méthodes sous le triple rapport du danger de l'opération, de la facilité de la cicatrisation de la plaie, et de l'usage du membre après la guérison.

1° Pour la gravité de l'opération, pas d'hésitation possible; et M. Broca donne les chiffres que j'ai fait connaître au commencement de ce compte rendu, un mort sur deux opérés pour l'amputation au lieu d'élection, un sur six ou sept pour la méthode sus-malléolaire.

2° Pour la guérison de la plaie : elle sera aussi facile à la suite de l'amputation faite à la partie inférieure de la jambe qu'après celle au lieu d'élection, pourvu qu'on ne scie pas les os dans un point où ils sont malades. *Evitez de faire une opération insuffisante*; dans ce but, sciez les os un peu plus haut, s'il le faut; mais la possibilité que le trait de scie tombe sur un point malade du squelette de la jambe ne peut pas être un motif pour rejeter l'amputation sus-malléolaire dans la tumeur blanche du cou-de-pied. Si on admettait le raisonnement de MM. Verneuil, Huguier et Robert, pour ce cas, il n'y aurait pas de raison pour n'en pas faire l'application à toutes les résections des articulations, et à toutes les amputations des membres qu'on est dans l'habitude de pratiquer le plus bas possible.

La nécrose du moignon est, dit-on, plus fréquente après l'amputation sus-malléolaire qu'après celle au lieu d'élection. La différence tient à ce que, dans la première, les os sont sciés dans un point où ils sont plus compactes; mais ce n'est pas là un accident propre à l'amputation sus-malléolaire; on l'observe aussi à la suite des amputations de l'avant-bras, de la cuisse, à la suite de toutes les amputations dans lesquelles on scie les os dans leur partie compacte; mais, pour éviter cet accident, possible à la suite de l'amputation de la cuisse, a-t-on jamais eu la pensée d'aller scier le fémur au-dessous des trochanters, où il est plus spongieux?

M. Huguier s'est vu forcé de réamputer des sujets qui avaient subi l'amputation à la partie inférieure de la jambe; on se trouvera rarement dans cette nécessité; mais si elle devient indispensable, l'amputation secondaire est moins dangereuse que celle qui est faite primitivement au même point, parce qu'elle retranche une moins grande masse de parties.

3° Enfin, si on compare les deux méthodes au point de vue de l'usage du membre après la guérison, on a à opposer à la jambe de

bois à pilon un appareil qui fait disparaître entièrement la difformité, et à cette occasion, M. Broca raconte qu'un interne de Blandin, maintenant homme grave, avait donné des soins, à l'hôpital Beaujon, à une jeune fille amputée au-dessus des malléoles. Peu de temps après, ce jeune homme passa une nuit au bal masqué à danser avec son ancienne malade, sans la reconnaître et sans s'apercevoir que sa danseuse avait une jambe d'emprunt.

Mais le membre artificiel, pour remplir bien son objet, doit être exécuté avec précision et s'adapter bien exactement au moignon. Il doit ensuite être surveillé, réparé quand il le faut. Or, les appareils préparés pour les malades des hôpitaux ne sont pas toujours aussi soignés qu'il le faudrait. L'ouvrier qui en fait usage fatigue et use bien vite son membre artificiel, qui finit par ne plus emboîter exactement le moignon. Celui-ci alors, exposé à des frottements, s'excorie, s'ulcère; et c'est dans ces cas-là qu'on en voit quelques-uns venir réclamer une nouvelle amputation, que M. Broca est résolu à refuser toujours.

Malgré cet inconvénient, que présente l'amputation sus-malléolaire dans certaines positions sociales, M. Broca est bien décidé, à cause de l'immense différence de gravité des deux opérations, à ne jamais faire, pour le choix de la méthode, de différence entre le riche et le pauvre.

L'improvisation de M. Broca ne laissait guère place à d'autres discours. Ce chirurgien a si bien réfuté toutes les objections des adversaires de l'amputation sus-malléolaire, qu'il ne restait aux autres partisans de cette méthode qu'à appuyer de leur autorité les chaleureuses paroles de leur éloquent collègue; c'est ce qu'ont fait MM. Chassaignac, Giraldès et Demarquay. Le premier a déclaré contraire aux principes de la chirurgie conservatrice de la vie des hommes l'amputation au lieu d'élection, dans les cas où l'amputation à la partie inférieure de la jambe peut suffire. M. Giraldès explique, par les mauvaises conditions dans lesquelles se trouvent les malades dans les ambulances, par les évacuations d'un hôpital sur un autre, par le passage des mains d'un chirurgien à celles d'un autre après l'opération, les mauvais résultats des amputations à la partie inférieure ou moyenne de la jambe observés par M. Larrey; mais il ne croit pas que ces accidents se présentent plus souvent à la suite de ces amputations qu'après les autres. Quant au mauvais succès des moyens prothétiques, il l'explique par l'application prématurée de ces appareils, par l'imperfection de ceux qu'on fabrique

pour les hôpitaux, et ne peut trouver là des arguments contre l'amputation sus-malléolaire.

Enfin, M. Demarquay est bien décidé à faire l'amputation sus-malléolaire toutes les fois qu'il en trouvera l'occasion. Dans l'espace de dix années, il n'a vu mourir qu'un des malades amputés par Blandin suivant cette méthode. Il n'a pas observé, dans la pratique de ce chirurgien, la conicité du moignon, la nécrose consécutive, les accidents divers qu'on reproche à l'amputation sus-malléolaire ; et, après la guérison, il a vu les personnes qui vivaient dans l'aisance marcher très-bien avec l'appareil de M. Martin. Celui-ci lui a montré aussi plusieurs amputés obligés de travailler pour vivre, et qui se servent avec un égal avantage de son appareil ; mais il faut, dit M. Demarquay, que ces membres artificiels soient bien construits et surveillés de près [1].

En résumé, parmi les membres de la savante compagnie qui ont pris part à cette discussion, un seul rejette l'amputation sus-mal-

---

[1] Quoique la clôture de la discussion ait été prononcée dans la séance du 22 septembre, la Société de chirurgie a eu l'occasion de revenir sur l'importante question dont nous nous occupons. M. Broca a présenté à ses collègues quatre amputés, dont deux au lieu d'élection et deux au-dessus des malléoles, qui tous marchent bien avec des appareils articulés fabriqués dans les ateliers de M. Charrière.

M. Marjolin a déclaré (séance du 1er octobre) que l'amputation sus-malléolaire lui avait toujours bien réussi, soit chez les adultes, soit chez les enfants. Il l'a pratiquée six fois, et compte six succès. Tous les amputés marchent très-bien avec leurs membres artificiels, à l'exception d'un seul, qui est encore en traitement.

Voici, d'un autre côté, M. Hutin, qui, dans une lettre adressée au président de la Société, le 22 octobre, se prononce hautement contre l'amputation sus-malléolaire, à cause des accidents consécutifs de cette amputation qu'il a constatés aux Invalides. Ce chirurgien a vu plus de deux cents amputés de la jambe, la plupart amputés au lieu d'élection, quelques-uns au tiers inférieur ; il n'a pas vu un seul des premiers avoir une ulcération du moignon, tandis que les lésions secondaires sont très-fréquentes chez les derniers.

Depuis 1845, on a admis aux Invalides cinq individus amputés à la partie inférieure de la jambe. Des cinq, l'un est entré deux fois à l'infirmerie, demandant à être débarrassé du long moignon qui le gênait. M. Hutin a refusé de pratiquer cette amputation de complaisance. Trois autres ont dû être réamputés pour cause de carie du moignon. Tous les trois sont guéris depuis plusieurs années. Le cinquième, enfin, marche *très-bien* avec sa jambe mécanique ; et cependant, il regrette (le croirait-on !) de n'avoir pas été amputé sous le genou, en raison de la gêne que lui cause l'appareil prothétique. Est-ce que les invalides auraient aussi leur coquetterie ? ces braves tiendraient-ils autant à montrer leurs nobles cicatrices que nous tenons, dans le monde, à dissimuler les nôtres ?

léolaire, par les motifs qu'on faisait valoir autrefois ; quelques-uns, tout en reconnaissant sa supériorité, et l'admettant comme méthode générale, voient des contre-indications à cette opération dans certaines circonstances tirées de la position sociale, de l'âge du sujet, de la nature de la lésion qui nécessite l'amputation ; mais pour ceux-ci, l'amputation sus-malléolaire est la règle, celle au lieu d'élection est l'exception. D'autres n'admettent pas d'exceptions à la règle ; toutes les fois que l'amputation sus-malléolaire est applicable et suffisante, ils la préfèrent, et ceux-ci paraissent n'être pas les moins nombreux. Enfin il en est qui, dans les cas où l'on ne peut pas amputer à la partie inférieure, parce que le mal remonte au-dessus de ce point, veulent qu'on suive pour la jambe la règle établie pour la cuisse, le bras et l'avant-bras. *Amputer le plus bas possible :* c'est ce que fait M. Maisonneuve, au rapport de M. Verneuil, qui, lui-même, n'est pas éloigné d'adopter cette pratique ; c'est ce qu'ont fait, en Crimée, les chirurgiens anglais ; c'est ce que j'ai conseillé moi-même dans la cinquième conclusion de mon mémoire.

Ainsi j'ai pu voir les idées que j'ai émises, il y a vingt ans, adoptées par la grande majorité des chirurgiens. Une révolution s'est opérée sur ce point de doctrine, et le premier titre de mon mémoire : *Plus de lieu d'élection pour l'amputation de la jambe!* que mes amis avaient trouvé si audacieux qu'ils avaient cru devoir le remplacer par un autre, ne surprendrait plus personne aujourd'hui. Les propositions que j'avais établies, comme toutes les idées justes, ont germé peu à peu dans les esprits ; et si l'on a oublié la part que j'avais prise à ce revirement de l'opinion, j'ai au moins eu la satisfaction intime de constater que mes modestes travaux n'y avaient point été inutiles. Qu'importe, après tout, qu'un nom soit ou non attaché à un progrès chirurgical ! La conscience d'avoir servi l'humanité peut servir à ceux qui se vouent à notre noble et laborieuse carrière.

De l'amputation de la langue.

Par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Lorsqu'on produit une méthode nouvelle, il importe de faire connaître tous les faits nouveaux qui viennent confirmer la doctrine; quant au procédé opératoire, son évidence est tellement palpable que la discussion de sa valeur n'est pas possible.

Obs. *Epithélioma de la langue opéré par l'écrasement linéaire.* — Le

---

(1) Fin.— Voir les livraisons des 15 et 30 octobre, p. 305 et 352.

16 août 1856, le nommé Rigaud (Joseph), âgé de cinquante ans, serrurier, demeurant à Guéret (Creuse), porteur d'une tumeur du côté gauche de la langue, entra à l'hôpital de La Riboisière, salle Saint-Augustin, n° 6.

Cet homme est d'une forte constitution, et jouit d'une bonne santé habituelle. Ses parents sont morts à un âge avancé, sans avoir rien présenté qui puisse se rapporter au cancer. Lui-même n'a eu dans sa jeunesse qu'un simple écoulement ; ni chancre, ni aucun autre accident syphilitique. Depuis l'âge de quatorze ou quinze ans, Rigaud avait pris l'habitude de fumer beaucoup ; il se servait d'une pipe à tuyau extrêmement court, et la plaçait toujours du côté gauche de la bouche. A la mâchoire inférieure, il existait du même côté plusieurs dents cariées ; l'une d'elles particulièrement avait un bord tranchant qui constamment irritait le point correspondant de la langue ; cette dent a été arrachée il y a trois semaines seulement, à cause de la douleur plus vive qu'elle produisait.

Quant à la tumeur elle-même, son début date de trois mois. Ce fut une légère douleur au bord gauche de la langue, qui attira l'attention du malade. Presque au même moment, Rigaud s'aperçut qu'il existait au point douloureux deux petits boutons à base indurée, et dont la surface était excoriée. Trois semaines après, il consulte un médecin qui lui cautérise les petites ulcérations avec le nitrate d'argent. A partir de cet instant, la maladie fit de rapides progrès ; c'est alors que se développa la tumeur et que les douleurs lancinantes apparurent.

Etat actuel. Il existe aujourd'hui une tumeur ovoïde, située au côté gauche de la langue, et de là s'étendant jusqu'au milieu de l'organe ; en avant, elle s'avance à deux centimètres de la pointe de la langue ; en arrière, elle s'arrête au niveau des piliers du voile du palais. En bas, l'altération est également bien limitée ; elle n'a envahi aucun point du plancher de la bouche. La consistance de cette tumeur est extrêmement considérable, égale dans toute son étendue. La portion la plus saillante, située à la partie moyenne du bord gauche de la langue, est le siége d'une ulcération large comme une pièce de deux francs, à bords irrégulièrement découpés, et à fond inégal, grisâtre, pointillé de rouge. Il n'existe qu'un très-léger engorgement ganglionnaire sous le côté correspondant de la mâchoire inférieure. La tumeur est le siége de douleurs assez rares, irrégulières dans leur apparition, et qui se présentent avec le caractère lancinant. Le malade les compare à l'action d'une aiguille qu'on plongerait dans la langue.

On doit signaler, comme troubles fonctionnels, la gêne de la parole, de la sputation, de la mastication et des mouvements de déglutition ; le goût paraît intact du côté affecté.

Le 19 août on procède à l'opération. Un trocart courbe est plongé à la partie inférieure de la langue, sur la ligne médiane, et l'on en fait sortir la pointe à la face supérieure de l'organe, au niveau des limites les plus reculées de la tumeur. A travers la canule, on passe une bougie en gomme élastique, qui entraîne après elle un fil destiné à conduire la chaîne de l'écraseur par la même voie. Cette chaîne est appliquée sur la ligne médiane, et devra ainsi séparer les deux moitiés latérales de la langue. Un autre trocart courbe est plongé au-dessous de la langue du côté gauche, à peu près au niveau de la dernière molaire, et vient sortir à la face supérieure, au même point que le premier. Par cette voie, on fait passer la chaîne d'un second écraseur ; et, avant d'opérer la constriction, on s'assure que cette chaîne tombe bien au delà des limites de la maladie. Cette ma-

nœuvre est, du reste, facilitée par le premier écraseur, au moyen duquel on peut attirer fortement la langue en avant. Toute la partie malade est donc comprise entre les deux écraseurs; les deux sections seront réciproquement perpendiculaires : l'une étant dirigée dans le sens antéro-postérieur, l'autre transversalement.

Ces dispositions prises, on conduit les écraseurs à bonne constriction, et l'on opère l'écrasement en laissant entre chaque cran un intervalle d'une minute à peu près.

La section est faite sans le moindre écoulement sanguin; et quoique le malade n'ait pas été soumis aux inhalations de chloroforme, les souffrances qu'il éprouve ne paraissent pas extrêmement vives. Le temps le plus pénible de l'opération est celui qui a rapport au passage des trocarts et à la première constriction.

Lorsque les deux écraseurs eurent opéré leur section, le lambeau de langue tenait encore au plancher de la bouche dans une certaine étendue; on embrasse alors ces tissus avec la chaîne d'un écraseur, et la séparation est ainsi complétée avec la plus grande facilité et sans le moindre accident.

Dans la journée, le malade paraît bien; le pouls est à peine fréquent. La plaie ne laisse pas même suinter de sang; par prudence cependant on donne de temps à autre de petits fragments de glace à l'opéré.

Examen de la pièce. La portion enlevée est taillée carrément, et les surfaces de section sont d'une netteté des plus remarquables. Toutes les deux paraissent bien, à l'œil nu, avoir porté sur les tissus sains; l'examen microscopique des parties correspondantes prouve qu'en effet l'affection ne s'étendait pas jusque-là.

En pratiquant une coupe dans le sens antéro-postérieur, on voit que l'altération a la forme et le volume d'une petite noix. A son niveau, toutes les fibres musculaires de la langue ont disparu. Le nouveau tissu est lardacé, en général grisâtre et demi-transparent, offrant de nombreuses petites granulations d'un blanc opaque. Tout ce tissu est d'une consistance très-ferme. Au grattage, on n'obtient que des débris irréguliers, non lactescents, et se mêlant difficilement à l'eau.

L'analyse microscopique fait découvrir dans la tumeur les éléments anatomiques suivants : 1° cellules d'épithélium pavimenteux, extrêmement abondantes, à bords nets ou très-irrégulièrement découpés; 2° globes épidermiques de volume variable, quelques-uns parfaitement arrondis et isolés; d'autres ovoïdes, reliés entre eux au nombre de deux, de trois, etc.; 3° noyaux fibro-plastiques; 4° corps fusiformes; 5° quelques rares cristaux de cholestérine.

Le 20 août, lendemain de l'opération, le malade se trouve bien. Il a un peu dormi la nuit dernière et ne souffre pas beaucoup; il n'y a pas la moindre fièvre. L'examen de la langue permet de constater qu'il y a fort peu de gonflement de l'organe; seulement la surface de la plaie a revêtu un aspect grisâtre. Ce jour-là l'opéré ne peut encore réussir à avaler quelques cuillerées de bouillon. Rigaud manifeste le désir de se lever; il peut rester plusieurs heures hors de son lit, et même se promène dans la salle.

Le 21 août. Etat tout aussi satisfaisant; point de fièvre; douleur moindre, ce qui permet la déglutition d'un peu de bouillon et de lait. L'opéré continue de se lever à partir de ce jour.

22 août. Depuis l'opération, la bénignité de la plaie est des plus remarquables : il n'existe pas le moindre gonflement; les surfaces de section sont aussi nettement accusées que si l'opération venait d'être pratiquée; seulement leur

couleur est grisâtre, et quand le malade ouvre la bouche, on en voit partir des filaments dus en partie, sans doute, au mucus buccal, mais probablement aussi à la lymphe déposée sur la plaie. La déglutition est devenue bien plus facile, et l'opéré commence même à pouvoir articuler les mots. Depuis quelques jours seulement, il se plaint de douleurs névralgiques dans les tempes.

Le 26 août. La plaie se nettoie; elle devient rosée, surtout à sa périphérie. Les tissus voisins sont parfaitement souples; la cicatrisation a fait des progrès sensibles et la plaie, réduite à la moitié de sa largeur primitive, ne présente plus qu'une zone rosée, couverte de bourgeons charnus, dirigée dans le sens antéro-postérieur. Les douleurs névralgiques, combattues par des pilules opiacées, ont disparu avec rapidité. Quant au petit engorgement ganglionnaire qui existait avant l'opération, il est à peine sensible aujourd'hui.

Le 29 août. La plaie va toujours très-bien; sa sensibilité a beaucoup diminué, aussi Rigaud commence à pouvoir manger du pain. Depuis l'opération, l'état moral de cet individu s'est singulièrement amélioré.

Le 4 septembre. L'opéré demande sa sortie. Il est dans un état des plus satisfaisants : la plaie n'offre plus qu'une forme linéaire; sa coloration est rosée, sa surface très-souple. L'articulation des mots est assez nette ; les mouvements de déglutition sont maintenant très-faciles; mais la pointe de la langue ne peut être que difficilement tirée hors de la bouche, et dans ce mouvement l'extrémité de l'organe paraît avoir une tendance à se porter du côté de la section. (*Observation recueillie par M. A. Heurtaux.*)

Si nous avions donné *in extenso* une observation encore inédite d'amputation de la langue sans hémorrhagie, par la méthode de l'écrasement linéaire, nous ne pourrions, sans fatiguer le lecteur, le faire entrer dans les détails que comportent les trois autres observations dont nous allons donner le résumé.

Dans une observation recueillie par M. Charnal, interne de l'hôpital Lariboisière, nous relevons les circonstances suivantes :

Homme de cinquante-cinq ans. Tumeur occupant toute la longueur du bord gauche de la langue, depuis le pilier antérieur du voile du palais jusqu'à la pointe de l'organe.

Le 1er octobre 1855, l'appareil à écrasement est appliqué d'après les principes déjà établis. On ne le fait marcher que d'*un cran par minute*. La chute de la tumeur est obtenue au bout d'une heure un quart. Le malade ne perd pas une *goutte de sang*. Aucun accident nerveux consécutif ne s'observe.

Dans une autre observation, recueillie par M. Benjamin Ball, interne à l'hôpital Lariboisière, nous voyons les détails suivants :

Homme de soixante et un ans, entré à l'hôpital le 15 septembre 1856. Cancer épithélial de la pointe de la langue.

Le 22 septembre, ablation de la tumeur par écrasement linéaire. On fait marcher l'instrument d'un cran par demi-minute. Cette rapidité plus grande dans l'action de l'écraseur, jointe à un mouvement de tête qu'exécute le malade avant la terminaison de la section, provoque l'issue d'une petite quantité de sang que les moyens les plus simples arrêtent sans difficulté. Le malade, complétement guéri, quitte l'hôpital le 15 octobre 1856. Aucun accident nerveux ni inflammatoire n'est venu compliquer les suites de l'opération.

La dernière observation, due à M. Touzelin, interne de l'hôpital Saint-Louis, nous présente les particularités suivantes :

Homme de cinquante-cinq ans, entré le 24 août 1855 à l'hôpital Saint-Louis. Tumeur occupant la moitié gauche de la langue. Au moyen de deux applications de la chaîne à écrasement, M. Demarquay pratique l'ablation de la tumeur. L'une des sections est achevée dans l'espace de vingt minutes. La seconde section, dirigée suivant l'axe longitudinal de la langue, est effectuée au bout de quinze minutes seulement. Pendant toute la durée de l'opération la perte de sang est restée insignifiante.

Cette observation, dit M. Touzelin, est surtout remarquable à trois points de vue : 1° l'absence d'hémorrhagie ; 2° le peu d'intensité de la douleur pendant l'opération ; 3° la rapidité relative de cette opération. En effet, M. Chassaignac a posé pour première condition, afin d'éviter l'hémorrhagie, d'opérer avec lenteur. Or, dans le cas particulier, le chirurgien ne s'est pas astreint rigoureusement à cette condition, et cependant il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

Conclusions. — 1° Les opérations chirurgicales qui ont pour objet l'amputation partielle ou totale de la langue exposent au triple danger des hémorrhagies, de l'intoxication purulente, et de divers troubles dans les fonctions de l'organe lingual.

2° Les circonstances qui donnent aux hémorrhagies de la langue un caractère particulier d'opiniâtreté sont : 1° le volume du système artériel dans cet organe; 2° la dissolution des caillots par l'humidité de la région buccale; 3° l'absence de contre-appui pour la compression; 4° les alternatives incessantes de volume de la langue, lesquelles déroutent les meilleures combinaisons chirurgicales; 5° la difficulté de saisir avec précision l'extrémité d'un vaisseau ouvert pour y appliquer une ligature; 6° la dissolution des caustiques; 7° l'humectation très-prompte des escarres; 8° l'excessive mobilité de la langue; 9° la rétraction des artères dans le tissu de l'organe par l'action des faisceaux longitudinaux.

3° L'intoxication putride, dans les opérations qui se pratiquent sur la langue, est causée par la décomposition prompte des produits que renferme la cavité buccale, décomposition qui est due à une humidité constante, à une température élevée, à l'accès presque permanent de l'air atmosphérique, à l'état inflammatoire de la cavité buccale, à la gangrène de parties plus ou moins considérables du tissu lingual.

4° L'emploi des caustiques pour la destruction du cancer de la langue expose : 1° à l'insuffisance d'action des substances employées par suite de leur dissolution dans la cavité buccale; 2° à leur diffu-

sion et à l'extension de la brûlure par delà les limites qu'on s'était imposées ; 3° à l'empoisonnement par la pénétration du caustique dans la cavité digestive.

5° Les inconvénients suivants s'opposent à l'emploi du fer rouge pour la destruction du cancer de la langue : 1° il s'éteint très-promptement au sein d'une cavité maintenue dans un état continuel d'humidité ; 2° il ne détruit que des épaisseurs très-peu considérables des tissus sur lesquels on l'applique : 3° il suscite des inflammations très-violentes ; 4° les escarres produites par les cautères deviennent très-promptement humides, et elles entrent en putréfaction longtemps avant le moment de leur expulsion définitive.

6° Les ligatures mises en jeu par tous les serre-nœuds connus jusqu'ici ne déterminent pas la chute de la partie étranglée en moins de cinq, sept et huit jours, c'est-à-dire en un temps très-long, eu égard à la rapidité de décomposition de la partie étreinte par la ligature.

7° La rupture du fil, avant la séparation complète de la portion de langue ligaturée, expose à une opération très-douloureuse, celle qui consiste à réappliquer un nouveau fil et à recommencer la constriction.

8° La ligature ordinaire, mise en mouvement par les serre-nœuds, est beaucoup plus lente et plus douloureuse que la chaîne métallique.

9° L'écrasement linéaire a sur la ligature l'avantage de ne pas donner lieu à la putridité ; il est supérieur à l'excision, comme donnant lieu à des plaies moins larges et complétement exemptes d'hémorrhagie.

10° L'écrasement linéaire peut satisfaire à toutes les exigences de la médecine opératrice pour l'amputation totale ou partielle de la langue.

11° Avant de pratiquer l'amputation partielle ou totale de la langue, il est nécessaire que le sujet ait été soumis au moins une fois au cathétérisme œsophagien, en prévision de la possibilité d'avoir à pratiquer cette opération.

12° Pour effectuer la séparation complète des tissus, dans l'amputation de la langue par écrasement linéaire, on ne doit pas mettre moins d'une demi-heure. On peut, sans autre inconvénient que la gêne qui en résulte pour le malade, employer douze, vingt-quatre ou trente-six heures.

13° Les appareils à écrasement destinés à l'amputation de la langue doivent être d'une construction très-légère, afin de pouvoir être

laissés en place autant de temps que l'opérateur le juge nécessaire.

14° De tous les modes d'amputation de la langue, celui qui consiste dans l'écrasement linéaire est le seul qui permette toujours l'emploi de l'anesthésie par le chloroforme.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Procédé très-simple de préparation des pilules d'iodure de fer.

Par M. Perrens.

Il y a deux années, un pharmacien de Bordeaux, M. Perrens, appelait l'attention de ses confrères sur la facilité avec laquelle on préparait les pilules d'iodure de fer, au moyen du mélange extemporané de l'iode, de la limaille de fer et du miel. Il s'étonne que ce procédé si simple et si commode n'ait pas pris place dans nos formulaires, et il n'hésite pas à le rappeler. Pour obtenir un produit d'une meilleure conservation, ce pharmacien remplace aujourd'hui le miel par le sirop de sucre. Voici sa nouvelle formule :

Pr.	Iode........................	1 gramme.
	Limaille de fer................	1 gramme.
	Sirop de sucre................	1 gramme.
	Poudre de réglisse...........	1 gramme.

Pour vingt-cinq pilules contenant chacune 5 centigrammes d'iodure de fer.

Broyez l'iode et la limaille ; quand le mélange est exact, ajoutez le sirop : la réaction est immédiate. Broyez de nouveau, une minute ou deux, ajoutez la poudre inerte et divisez rapidement. Comme chacun sait, ces pilules sont déliquescentes et s'enferment dans des flacons. Si on est pressé de les délivrer, on les donne ainsi ; elles se conservent tout le temps nécessaire à l'usage des malades. Il vaut mieux cependant les faire sécher et les argenter. M. Perrens ajoute qu'il n'a rien trouvé de plus commode pour dessécher rapidement et bien toute espèce de pilules, que de les plonger dans une capsule pleine de lycopode et placée en manière de bain-marie sur un petit poêlon. Au bout d'une heure, les pilules d'iodure de fer deviennent cassantes dans cette étuve fort simple.

Les avantages de ce procédé sont de transformer une préparation officinale en préparation magistrale, qui peut être faite en dix minutes par l'élève le moins exercé. Elles deviennent ainsi moins coûteuses et plus accessibles aux malades peu aisés.

Si la vulgarisation du procédé du pharmacien de Bordeaux ne

s'est pas faite plus rapidement, cela tient, en partie du moins, à ce qu'il n'a pas insisté sur la nécessité, pour agir rapidement, de ne préparer jamais plus de vingt-cinq pilules à la fois; car lorsque la quantité de limaille dépasse 1 gramme, sa trituration exige plus de dix minutes. Nous ne contestons pas, d'ailleurs, la valeur du reproche qu'il adresse à ses confrères, de préférer vendre un produit pharmaceutique que leur livre la spécialité, plutôt que de le préparer eux-mêmes. Cette fâcheuse tendance, nous l'avons trop souvent combattue pour ne pas en consigner ici un des fâcheux effets.

Mode de préparation d'une gelée de lichen et d'huile de foie de morue.

M. Sauvan, pharmacien à Montpellier, a eu l'idée d'associer l'huile de foie morue à la partie gélatineuse du lichen. Les bons effets obtenus par les professeurs Estor et Alquié, dans les affections thoraciques, l'engagent à publier la formule et le mode de préparation de cette combinaison nouvelle.

Pr. Gelée de lichen d'Islande.............	125 grammes.
Gélatine...........................	5 grammes.
Huile de foie de morue cyanhydrée (avec deux gouttes d'essence d'amandes amères).............................	125 grammes.

Préparez la gelée de lichen d'après les règles ordinaires; faites-y fondre la gélatine et passez-la dans le pot qui doit la contenir. Ajoutez alors l'huile de foie de morue; remuez le tout avec une spatule, jusqu'à ce que le mélange soit homogène et que la gelée commence à se prendre.

On administre cette gelée aux mêmes doses que l'huile de foie de morue, c'est-à-dire deux ou trois cuillerées par jour.

Le professeur Estor faisait ajouter à la formule de M. Sauvan 60 grammes de sirop de phellandrium.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'érysipèle après l'ouverture d'abcès par le bistouri (*).

Deux faits considérables, au point de vue de la pratique chirurgicale, se sont produits dans mon service de vérification des décès,

(*) Ce travail était accompagné de la lettre suivante :

« Très-honoré confrère,

« En venant apprendre aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* la récidive de la névralgie de Mme la marquise de F..., j'ai blessé la susceptibilité de M. Déclat. Cependant en agissant comme je l'ai fait, je n'usais pas seulement d'un droit;

à des époques qu'il est inutile d'indiquer, mais assez rapprochées l'une de l'autre pour qu'ils aient attiré toute mon attention. Qu'il me soit permis de les rapporter ici avec la réserve que me commandent les convenances sociales et confraternelles.

Obs. I. J'ai constaté le décès de M. le *** de ***, décédé le..., du mois de... 18...; cet individu, âgé de cinquante-cinq à soixante ans, d'une excellente constitution, vit sans cause bien appréciable survenir dans l'aisselle un phlegmon, qui acquit rapidement, malgré la médication émolliente mise en usage, des proportions considérables. Le médecin ordinaire et le chirurgien qui fut appelé en consultation s'accordèrent facilement pour qu'il fût immédiatement procédé à l'ouverture de l'abcès, et cette opération fut pratiquée dix-sept jours avant sa mort. Tout se passa d'abord aussi régulièrement et aussi simplement que possible, et après une suppuration dont l'abondance fut en raison des proportions de l'abcès, elle commençait à se tarir, quand M*** eut inopinément quelques nausées, éprouva à plusieurs reprises des frissons peu prolongés, mais rapprochés, et on vit en même temps les bords de la solution de continuité produite par le bistouri s'animer d'une rougeur insolite, qui s'étendit rapidement à toute l'aisselle et à la poitrine. En même temps que l'érysipèle naissait, la suppuration s'arrêtait et la fièvre s'allumait. La médication la plus énergique ne réussit point à enrayer la marche rapide de la maladie ; il se manifesta bientôt des symptômes d'infection purulente, et en deux jours l'érysipèle, compliqué de cette fâcheuse condition, enlevait un homme qui, d'après son âge peu avancé, sa bonne santé habituelle, devait compter encore sur plusieurs années d'existence.

Je dois ajouter, afin qu'on ne se méprenne pas sur le but tout scientifique de cette note, que si j'eusse été appelé, j'eusse aussi ouvert l'abcès de M... à l'aide du bistouri, et que deux ou trois jours après la constatation de son décès, ayant été consulté pour un abcès d'un doigt (*mal d'aventure*), je n'hésitai point à me servir de l'instrument tranchant.

J'hésiterais peut-être aujourd'hui !

C'est que peu de jours après la mort de M. de ***, je me suis trouvé en présence d'un événement tout à fait semblable, dont je vais, comme du premier, donner une relation fort succincte ; car,

---

j'accomplissais un devoir. Mon nom, cité dans l'observation, moi, ancien médecin et l'ami de la noble dame, était le témoignage d'un fait qui avait cessé d'être vrai, et je devais le signaler, au risque de froisser un amour-propre d'auteur, car la science a des exigences plus sacrées. La preuve que ma communication ne heurtait nullement les convenances confraternelles, c'est que vous l'avez accueillie. Permettez-moi de protester seulement, par une carrière médicale honorablement remplie pendant vingt-neuf années, contre les insinuations de M. Déclat, et d'user plus utilement de l'hospitalité que le *Bulletin de Thérapeutique* offre aux travailleurs, en vous adressant un mémoire que je viens de communiquer à l'Académie des sciences.

« Recevez, etc. « A. Legrand. »

c'est un devoir de ma position d'apporter toujours une très-grande réserve dans les questions que je fais, pour m'éclairer sur la véritable cause de la mort.

Obs. II. Le... du mois de... 18..., j'eus donc à constater un second décès, survenu dans des circonstances tout à fait identiques a celles qui ont précédé la mort du sujet de l'observation précédente. Cette fois ce fut sur un enfant de six semaines, chez lequel, dans les premiers jours du second mois de sa naissance, il survint plusieurs furoncles. L'un d'eux, situé sur un des membres pelviens, ayant acquis un volume considérable, on appela un chirurgien, qui, à l'aide de deux coups de bistouri habilement donnés, le fendit en quatre. Il s'échappa un flot de pus de bonne nature et il s'établit une suppuration abondante qui ne parut pas beaucoup fatiguer l'enfant, qui continua de bien teter, quand, *dix jours après l'opération*, il se manifesta un érysipèle, qui eut aussi les bords de l'incision pour point de départ et qui s'étendit de suite sur le furoncle, qui ne suppurait presque plus. Cette inflammation affectant bientôt la forme erratique, qu'elle prend si facilement chez les enfants, fut cause de la mort, qui survint trente-six heures après le moment de son début.

Le chirurgien qui avait donné le coup de bistouri avoua que c'était le second fait de cette nature qu'il avait eu l'occasion d'observer.

Maintenant, qu'on soit médecin ou chirurgien, qu'on aime ou qu'on redoute l'action expéditive du bistouri, on sera toujours obligé de reconnaître que si ces deux abcès n'avaient point été ouverts à l'aide de l'instrument tranchant, il ne serait certainement pas survenu d'érysipèle, et probablement les deux décès que j'ai constatés n'auraient point eu lieu. On doit d'autant plus le regretter, qu'il existe pour donner issue à la suppuration, quelle que soit la nature du foyer où elle se développe, une méthode un peu moins rapide, sans doute, mais bien moins effrayante, moins douloureuse, et surtout ne produisant jamais l'érysipèle : *c'est l'emploi de la potasse caustique!* J'en ai fait depuis quelque temps de nombreuses applications, qui toutes ont été plus heureuses les unes que les autres : qu'il me soit permis de relater ici les plus saillantes.

Obs. III. Je fus consulté le 21 mai 1856 par la femme de chambre (trente ans, tempérament lymphatique) de Mme de B..., pour un abcès qui s'était développé dans l'aisselle gauche. Il était déjà fluctuant, s'accompagnait de beaucoup de rougeur, de douleur, de sensibilité au toucher, et rendait les mouvements du bras fort pénibles et fort difficiles. J'appliquai immédiatement (vers quatre heures de l'après-midi), avec les précautions convenables et au centre de la tumeur, un petit morceau de potasse caustique. Dès le lendemain matin, après une bonne nuit, bien différente des précédentes : diminution de la sensibilité, disparution de la rougeur et de la douleur, possibilité de remuer le bras ; cataplasme émollient. Le 24, chute de l'escarre, précédé de l'écoulement d'un peu de pus. Le 26, il ne reste plus qu'un léger engorgement passif, que j'abandonne à lui-même et qui ne tarde point à se dissiper.

Obs. IV. Une jeune femme, âgée de vingt-cinq à vingt-six ans, jouissant de la plus brillante santé, voit survenir dans le creux de l'aisselle droite un abcès

qu'elle traite par les cataplasmes émollients. Après plusieurs jours de souffrance, plusieurs nuits passées sans sommeil, il s'ouvre spontanément, ce qui ne l'empêche pas de la faire souffrir encore, et ce n'est qu'après quinze jours de cet état qu'elle peut se croire entièrement débarrassée. Mais après un intervalle de dix ou douze jours, développement d'un nouvel abcès. Encouragée par ce qui s'était passé chez son mari, que j'avais rapidement guéri, à l'aide de la potasse caustique, de deux abcès, venus successivement à la marge de l'anus, elle me vient trouver le 30 juillet dernier, et, sans attendre qu'il y ait une fluctuation évidente, j'applique un petit cautère au centre de la tumeur. Elle continue de souffrir le 31 ; mais le 1er août, après une bonne nuit, un petit flot de pus se fait jour autour de l'escarre et elle cesse de souffrir : celui-ci tombe le surlendemain, et dès ce moment sa guérison s'opère rapidement.

Voici aujourd'hui (15 octobre) de cela deux mois et demi, et il n'est survenu aucun nouvel abcès.

Certes, je ne viens pas prétendre que si ces deux abcès eussent été, au moment opportun, ouverts par le bistouri, les deux malades eussent nécessairement succombé ; mais je crois pouvoir soutenir que l'instrument tranchant n'eût pas donné un résultat plus heureux ni plus rapidement obtenu.

L'observation suivante sera, je crois, une démonstration péremptoire de la supériorité du cautère potentiel sur le bistouri, pour ouvrir certains abcès.

Obs. V. La femme Lebiet, blanchisseuse, vint me consulter, le 8 août 1855, pour un abcès qui contournait l'articulation de la première phalange du pouce avec le premier métacarpien. Le pus avait commencé à se faire jour sous la peau, à la face interne de la main, et un coup de bistouri peu douloureux lui donna facilement issue ; mais le lendemain il fut évident qu'il venait d'un foyer situé plus profondément. En effet, toute l'articulation métacarpo-phalangienne était fort douloureuse, et on sentait de la fluctuation à la face dorsale de la main. C'est alors (10 août) que j'appliquai un petit cautère en dedans et au-dessus de l'articulation. Cette première application fut suivie d'un très-grand soulagement, mais qui ne dura que deux ou trois jours. Le 15, l'articulation était redevenue aussi douloureuse, et on sentait de nouveau de la fluctuation, toujours au-dessus, mais en dehors de l'articulation. Second cautère sur le bord radial de la main, toujours au-dessus de la même articulation. Celui ci fut suivi de la disparution de toute douleur et de l'issue du pus par cette nouvelle voie, ainsi bientôt que par le premier cautère ; aussi, dès ce moment, la guérison marcha-t-elle rapidement. Elle fut, de plus, radicale, car la femme Lebiet n'a depuis ressenti aucune géne dans les mouvements du pouce.

Je ne crois pas que le bistouri, même habilement manié, eût pu faire mieux, ni agir plus promptement. Dans une main inexpérimentée, n'aurait-il pas pu pénétrer dans l'articulation ?

Je puis fournir un exemple personnel des avantages que je crois exister en faveur de la potasse caustique sur le bistouri pour ouvrir les abcès, d'autant mieux qu'en ayant eu assez fréquemment, tantôt je l'avais laissé s'ouvrir spontanément, tantôt j'avais eu recours au bistouri, et, en dernier lieu, à la potasse caustique ; et je

déclare que tout ce que j'ai soigneusement observé sur moi plaide en faveur de ce dernier moyen.

Obs. VI. A la suite d'un voyage rapide et de deux nuits passées en chemin de fer pour aller voir un malade dans le fond de la Normandie, il me survint, au centre de la joue gauche, *un petit bouton* à sommet très-pointu, à base dure, rouge et douloureuse. Je ne me fis point illusion, et je compris que j'allais avoir à subir un de ces furoncles auxquels j'étais surtout sujet quand j'étais jeune. En effet, l'inflammation prit de l'extension et la joue ne tarda pas à être envahie tout entière. La douleur était vive, surtout quand je voulais parler et quand je voulais manger ; et puis ce qui m'inquiétait, c'était de voir l'inflammation phlegmoneuse prendre de l'extension, sans que le point qui occupait le sommet du furoncle fournît aucune suppuration. Alors j'appliquai sur ce point, limité dans un morceau de diachylon, que j'avais percé d'un très-petit trou, un morceau de potasse caustique gros comme une tête d'épingle, et que je maintins appliqué à l'aide d'un autre morceau de diachylon. La douleur, qui se confondit avec celle que me faisait éprouver le furoncle, dura un quart d'heure, puis ce fut un calme complet : la joue était presque désenflée, n'était plus rouge, n'était plus douloureuse; il y avait seulement à son centre un point noir d'un millimètre environ de diamètre. Quarante-huit heures après cette application, je recommençai à souffrir, mais c'était une douleur pulsative et très-limitée. J'enfonçai dans l'escarre la pointe d'une lancette à vaccin et donnai ainsi issue, sans avoir ressenti la moindre douleur, à deux ou trois gouttes de pus, et je fus encore immédiatement soulagé. Cet écoulement continua les jours suivants, mais très-peu abondant; l'escarre ne tarda point à tomber et laissa voir une cavité assez profonde, qui ne permettait pas de douter de l'extension qu'avait prise le travail inflammatoire, subitement réprimé par l'action de la potasse caustique, puisqu'il n'y eut aucun phénomène de mortification, pas de *bourbillon*, par conséquent. La petite plaie circulaire qui succéda à la chute de l'escarre continua de suinter pendant quelques jours, et j'eus le soin, pour favoriser sa cicatrisation, de la toucher à plusieurs reprises avec le crayon de nitrate d'argent, ce qui m'a procuré une cicatrice que couvrirait la tête d'une épingle, un peu plus blanche que la peau, mais qu'en définitive on ne trouve qu'en la cherchant.

J'ai dit, au début de cette note, qu'en ayant recours à la potasse caustique, de préférence au bistouri, pour ouvrir les abcès, on n'avait jamais à redouter l'érysipèle, et de cette proposition j'ai donné une première démonstration par un fait inséré dans mon dernier Mémoire [1]. C'est l'histoire d'une dame âgée qui, à la suite d'une chute sur la tête, eut à subir la ligature d'une des ramifications de la temporale. La double incision qu'il fallut faire pour la rechercher détermina un effrayant érysipèle phlegmoneux, qui eût, sans doute, fait succomber la malade, qui avait quatre-vingt-six à quatre-vingt-sept ans, si je n'avais pas réussi, à l'aide de deux petits cautè-

---

[1] De l'Ablation curative des loupes, lipômes et tumeurs analogues, *sans opération sanglante*, broch. in-8°, av. planche. Chez J.-B. Baillière (page 37, obs. XVI.)

res appliqués sur les foyers principaux, à arrêter le travail inflammatoire et pyogénique, et à donner une issue lente, quoique facile, à la suppuration, qui s'était formée avant l'application des cautères, et qui avait déjà déterminé un effrayant décollement du cuir chevelu.

Les deux faits suivants, et qui termineront cette note, viendront corroborer les conséquences qu'on a déjà pu tirer du fait précédent, que je n'ai fait que rappeler ; à savoir que la potasse caustique, jouissant de propriétés hyposthéniques, à mon sens incontestables, son emploi pour ouvrir les abcès ne donnera jamais lieu à l'érysipèle, puisqu'elle éteint l'inflammation érysipélateuse, et arrête le développement des phlegmasies qui la compliquent si souvent.

Obs. VII. M. l'abbé Latour, âgé de quatre-vingt-quatre ans, curé de Saint-Thomas-d'Aquin, un des hommes les plus vénérables que j'aie jamais connus, m'appela auprès de lui, le 16 mai 1850, pour une légère surdité qui lui était survenue tout à coup. Le 10 juin, cet état, qui ne s'accompagnait d'aucun trouble des facultés intellectuelles, se compliqua d'une douleur sciatique, et, le 22 juillet suivant, d'un *eczema rubrum*, avec une sécrétion si abondante d'une sérosité âcre, qu'il fallait faire régulièrement deux et trois pansements dans les vingt-quatre heures, ce qui ne procurait au malade qu'un soulagement douteux et n'empêchait pas toujours la privation complète de sommeil.

Vers la mi-août, à l'eczema se joignit un érysipèle phlegmoneux, qui envahit le bas de la jambe droite, s'accompagna d'une fièvre intense et mit une première fois en péril la vie de ce vénérable ecclésiastique. Cependant l'abcès superficiel qui s'était formé s'ouvrit spontanément, et il y eut de suite une rémission marquée dans les symptômes généraux, quoique la disposition érysipélateuse persistât. Aussi vit-on, vers la fin de juillet, l'inflammatiun cutanée se réveiller avec une nouvelle intensité, se concentrer autour de la malléole externe, où il fut évident qu'il allait se développer un nouveau phlegmon, mais situé bien plus profondément que le premier. Alors les 2 et 3 août j'appliquai sur les côtés de la malléole interne, avec les précautions nécessaires pour limiter l'action de la potasse caustique et la faire agir en profondeur, deux petits cautères. Leur application fut suivie du dégonflement de la partie, qui cessa en même temps d'être rouge et sensible au toucher et amena dans les symptômes généraux, qui s'étaient montrés encore plus orageux que les premiers, un calme tel, que le pouls tomba de 96 à 68 pulsations et que le malade retrouva le sommeil, dont il était privé depuis plusieurs nuits. Cette amélioration se soutint pendant plusieurs jours et se manifesta, non-seulement pour l'inflammation érysipélateuse, mais même pour l'eczema, qui n'exigeait plus qu'un seul pansement, et le 20, je ne voyais plus mon intéressant malade qu'une seule fois par jour, quand le 24, sans cause appréciable, l'érysipèle se réveilla une troisième fois et se compliqua de vomissements incessants ; il survint un délire doux, qui ne cessa que pour le moment où ce vénérable prêtre remplit ses derniers devoirs religieux, et il s'éteignit le 9 septembre, après avoir été jusqu'au dernier moment, pour ses paroissiens, un touchant exemple d'une piété aussi douce qu'elle avait toujours été sincère et profonde.

Le lecteur n'aura, sans doute, été que médiocrement étonné de

voir un semblable résultat, malgré l'amélioration qu'avait procurée l'application des deux cautères. La frêle constitution du malade, affaiblie encore par son grand âge, avait sans doute été trop fortement ébranlée par une maladie qui datait déjà de plus de quatre mois, pour qu'on pût espérer un rétablissement durable. Mais dans le cas suivant, où il se rencontrait des conditions bien meilleures, on pourra apprécier tous les avantages de la médication que je préconise.

Obs. VIII Le nommé Joseph Vela, âgé de trente-un ans, commissionnaire, d'une bonne et forte constitution, d'un tempérament sanguin, n'avait jamais eu d'autre maladie que la variole, dont il porte les stigmates, et à une époque si peu avancée de sa vie qu'il n'en a conservé aucun souvenir, quand il vint me consulter, le 30 septembre 1854, pour une petite rougeur qui lui était survenue sur le dos de la main. Je diagnostiquai un érysipèle et je recherchai avec soin si, vu la profession de Joseph, il ne portait pas quelque trace de blessure, si légère qu'elle fût. Je n'en pus découvrir, et le malade m'affirma qu'il était certain de ne s'en être fait aucune depuis longtemps. Comme il n'y avait point eu de symptômes prodromiques et qu'il n'existait aucune réaction fébrile, je me contentai de prescrire des lotions avec l'infusion de fleurs de sureau.

Mais le 2 octobre suivant, après une nuit fort agitée, après avoir éprouvé l'avant-veille et la veille, pendant toute la journée, des frissons prolongés et des nausées, Joseph vint me revoir. Cette fois je lui trouvai de la fièvre (104 à 106 pulsations), et la cause de cet ensemble de symptômes ne fut pas difficile à découvrir : la rougeur observée le 30 s'était étendue sur tout le dos de la main, avait gagné le bras et s'accompagnait de chaleur, de tension ; et au centre de la face dorsale de la main, il existait une tuméfaction marquée, avec une grande sensibilité au toucher. Je diagnostiquai donc *un érysipèle phlegmoneux idiopathique*, dont il était important de suspendre le cours, si on ne voulait pas voir la suppuration causer les plus grands désordres en s'introduisant dans toutes les gaînes des tendons.

C'est dans ce but que j'appliquai immédiatement sur le point le plus proéminent, et avec les précautions convenables pour assurer son action en profondeur, un morceau de potasse caustique gros comme un petit pois. — La douleur fut peu vive et se confondit avec celle que causait le phlegmon ; mais dès le lendemain (3 octobre) la main, déjà moins tuméfiée, était en grande partie dérougie et apparaissait bien moins douloureuse au toucher ; le malade avait un peu dormi et le pouls était tombé à 94 pulsations. De ce moment je fis appliquer des cataplasmes très-humides, peu chauds, qui eussent été tout à fait inefficaces avant l'application du cautère. — 4 octobre. L'amélioration a fait de nouveaux progrès : la main a repris sa coloration normale ; elle est complétement désenflée. — 5 octobre. La suppuration commence à se faire jour autour de l'escarre. — 6 octobre. L'escarre est tombée; une suppuration facile, provenant d'une assez grande profondeur (m. 0,015, celle à laquelle a pénétré la potasse caustique), amène rapidement un dégorgement considérable. Une phlyctène existant autour de l'escarre démontre que l'inflammation avait été assez active pour désorganiser l'épiderme. — La santé générale est complétement rétablie.

8 octobre. Le dégorgement continue de s'opérer et l'on voit que la suppuration vient des parties les plus profondes. La motilité commence à revenir pour les

doigts, où elle avait été entièrement abolie. Le poignet est presque revenu au volume normal. — Absence absolue de fièvre. Santé générale excellente. — 12 octobre. L'amélioration a fait de nouveaux progrès ; l'excavation produite par la potasse caustique, et qui avait évidemment atteint une des cavités articulaires des os du métacarpe, commence à se combler. — 15 octobre. Le dégorgement est complet ; la main et le poignet ont repris leur volume normal ; il n'existe plus aucune sensibilité et l'excavation se comble de jour en jour. Joseph, qui déjà remuait les doigts depuis deux ou trois jours, commence à les plier ; ce qu'il peut faire sans exciter aucune douleur ; on n'en excite pas davantage quand on les ploie de force, car ils n'ont point encore repris leur souplesse primitive. — 20 octobre. Joseph continue d'aller de mieux en mieux ; l'excavation produite diminue de jour en jour, et les doigts sont facilement fléchis. — Le temps a ensuite rendu à la main et aux doigts leur première liberté : résultat, à mon sens, fort remarquable, qui était obtenu à la fin de ce même mois et vingt-six jours après l'application du caustique.

Je ne crains pas de proclamer que je doute qu'on eût obtenu *avec le bistouri*, aussi facilement, aussi rapidement, une issue aussi heureuse. A. Legrand, D. M. P.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du gaz acide carbonique comme agent thérapeutique. — Depuis quelque temps des expériences tendant à établir les propriétés thérapeutique du gaz acide carbonique sont entreprises par divers médecins ; citons entre autres M. Simpson, d'Edimbourg, M. Scanzoni, de Vienne, MM. Follin, Maisonneuve et Demarquay. Les résultats auxquels arrivent les expérimentateurs ne permettent pas encore d'avoir une idée arrêtée sur la place à assigner à ce nouvel agent ; car, tandis que pour les uns l'acide carbonique jouit de propriétés excitantes spéciales, dont nous allons indiquer tout à l'heure les diverses applications, d'autres médecins, au contraire, le considèrent comme un anesthésique local très-utile dans diverses circonstances. Cette contradiction apparente ne dépend que des points de vue différents auxquels se sont placés les observateurs, car en cela le nouvel agent ne diffère en rien des autres anesthésiques, qui tous ont pour action primitive l'excitation, et pour action secondaire seulement la sédation.

Passons rapidement en revue les divers documents que possède la science sur le sujet qui nous occupe, et tout en réservant l'avenir, voyons quel est, dans le moment présent, l'état de nos connaissances touchant les propriétés thérapeutiques du gaz acide carbonique.

L'acide carbonique peut être employé en bains généraux, espèces de bains de vapeur qui sont surtout usités en Allemagne auprès de

certaines eaux thermales qui fournissent ce gaz en abondance. Voyons les effets que leur attribue un médecin distingué d'Allemagne, M. le docteur Bodé, de Nauheim [1].

Le gaz que fournit en abondance la source dite intermittente, à Nauheim, est de l'acide carbonique chimiquement pur. Il est reçu dans une espèce de gazomètre placé au-dessus du canal artésien d'où jaillit la source. Ce gazomètre correspond, au moyen de tuyaux de différents diamètres, avec plusieurs cabinets où se prennent les bains généraux de gaz et les douches gazeuses locales.

Les bains généraux se prennent dans des boîtes disposées comme pour les bains de vapeur, dans lesquelles viennent aboutir les tuyaux qui amènent le gaz; le malade tout habillé s'assied dans la boîte; la tête seule est préservée du contact du gaz.

Le premier effet de ce bain de gaz est une sensation de chaleur vive, qui s'accompagne bientôt d'un prurit assez fort. Ce prurit débute par les parties du corps où la peau est la plus fine, et en particulier par les organes génitaux; bientôt il devient général et est suivi d'une transpiration abondante. Ces bains, suivant M. Bodé, ont une action stimulante énergique; ils agissent principalement sur la fibre musculaire, dont ils augmentent la tonicité. M. Bodé dit en avoir retiré d'excellents effets dans des cas d'affaiblissement musculaire et au début de certaines paralysies qui ne dépendent pas d'affections cérébrales.

Mais, dans la plupart des expériences tentées jusqu'ici, ce n'est plus en bains généraux, mais sous forme de douches locales qu'a été employé l'acide carbonique. Voyons à quels résultats sont arrivés les observateurs.

Dirigé en douches sur la muqueuse oculaire ou nasale, le gaz acide carbonique y provoque, suivant M. Bodé, un prurit intense excessivement douloureux, et il est impossible de prolonger ces douches au delà de quelques secondes. Le conduit auditif externe paraît moins vivement impressionné par ce contact.

Introduit dans l'estomac par des mouvements réitérés de déglutition, l'acide carbonique provoque une sensation agréable de chaleur épigastrique; il réveille l'activité des vaisseaux absorbants et stimule l'appétit.

Appliqué extérieurement sur des plaies, principalement sur des ulcères variqueux et atoniques, il modifie favorablement leur surface, rend leur suppuration plus louable et enlève au pus l'odeur

(1) Nauheim und seine soolquellen. Cassel, 1853.

putride qu'il présente fréquemment. Cette propriété antiputride, antiseptique, se manifeste encore dans une autre affection, l'ozène, dans lequel des douches nasales enlèvent promptement l'odeur infecte de l'haleine.

Mais c'est surtout sur l'appareil génital que l'acide carbonique manifeste une grande puissance d'action.

Rappelons en premier lieu que l'emploi des douches vaginales d'acide carbonique n'est pas chose nouvelle; quoiqu'on paraisse l'avoir oublié, il y a vingt-deux ans déjà que le *Bulletin de Thérapeutique* [1] signalait l'utilité des douches ou *fumigations d'acide carbonique pour combattre l'aménorrhée et certaines douleurs utérines qui précèdent l'évacuation menstruelle*. M. Mojon, de Gênes, auquel était due cette nouvelle ressource thérapeutique, considérait l'acide carbonique comme un puissant déprimant, un contra-stimulant, ou même, si l'on aime mieux, comme un excellent antiphlogistique. Il regardait cet agent thérapeutique comme capable de jeter l'organisme dans un état de torpeur et de prostration, de relâcher les tissus phlogosés, enfin de détremper pour ainsi dire la force de réaction que l'état inflammatoire donne à ces mêmes tissus. Il considérait en outre le gaz acide carbonique comme propre aussi à diminuer dans le sang cette grande tendance plastique ou coagulable qu'il offre toujours dans une partie quelconque atteinte de phlogose, car ce gaz fait réellement passer le sang de l'état artériel à l'état veineux. C'est ainsi que M. Mojon expliquait comment les douches vaginales de gaz acide carbonique facilitaient l'écoulement menstruel et calmaient ces douleurs quelquefois si vives, qui accompagnent souvent l'apparition des règles. Enfin, M. Mojon proposait d'employer ces douches gazeuses comme antiphlogistiques, dans diverses phlegmasies, telles que cystites, ophthalmies, métrites, etc.

M. Brown Séquard, de son côté, a avancé que l'acide carbonique provoque les contractions des muscles de la vie organique et que les organes génitaux, longtemps exposés à l'action de cet agent, devenaient le siége de congestions intenses. M. Bodé était arrivé au même résultat par l'observation des faits. Il a remarqué en effet que l'acide carbonique agit comme aphrodisiaque chez l'homme, comme favorisant la menstruation chez la femme. On doit, dit-il, être très-sobre de son emploi sous forme de bains ou de douches chez les femmes mariées, car son action excitante sur la matrice est si grande, qu'on provoquerait très-vite un avortement.

---

(1) T. VII, p. 350, et t. XIII, p. 203.

C'est cette propriété qu'a utilisée M. Scanzoni pour déterminer, dans un cas opportun, un accouchement prématuré, que nous avons analysée dans notre dernier numéro, page 371, en rappelant que M. Simpson avait rapporté un fait analogue, à la Société d'obstétrique d'Edimbourg.

Enfin, à côté des propriétés que nous venons de signaler, le gaz acide carbonique paraît en posséder encore une autre, très-importante et susceptible d'applications nombreuses, nous voulons parler de son action anesthésique. Ici encore se vérifie l'axiome : « Rien de nouveau sous le soleil, » puisque, nous trouvons que Beddoës, disciple de Fourcroy, fait déjà mention de cette action de l'acide carbonique, en se basant sur les expériences suivantes : l'épiderme d'un vésicatoire appliqué sur le doigt fut coupé dans l'acide carbonique sans causer aucune douleur.

Un second vésicatoire fut ouvert à l'air atmosphérique : douleur vive ; dans une vessie remplie de gaz carbonique la douleur cessa bientôt.

Un troisième vésicatoire fut dénudé et placé dans l'oxygène ; la douleur y fut telle que le sujet croyait qu'on avait jeté du sel sur la plaie ; dans l'acide carbonique la douleur cessa tout à fait, au bout de deux minutes, pour reparaître dès que la partie fut replacée sous l'influence atmosphérique.

C'est cette même action anesthésique que de nouvelles expériences, faites par M. Simpson d'abord, puis reprises à l'Hôtel-Dieu par M. Follin, à la Pitié par M. Maisonneuve, enfin par M. Demarquay à la Maison de Santé, viennent tout récemment de remettre en évidence. Quoique nous ne soyons pas encore édifié sur la valeur absolue du nouveau mode d'emploi do l'acide carbonique, il paraît avéré que les observateurs sont parvenus à calmer, par les applications locales de cet acide, les douleurs si intenses qui accompagnent certaines plaies cancéreuses, et ce moyen est appelé à rendre de grands services à bien des malades chez lesquels l'art, impuissant à opérer une guérison, doit du moins tendre de toutes ses forces à adoucir autant que possible les souffrances.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anus artificiel. *Succès de l'opération constaté plus de quarante-deux ans après.* On demandait récemment, à l'occasion d'une discussion soulevée à l'Académie de médecine, des exemples d'anus artificiel pratiqué avec succès. Il en a été produit plusieurs depuis; mais l'un des

plus remarquables, sans contredit, est le suivant, communiqué par M. le docteur Berdelo, bibliothécaire de l'École de médecine navale, à Brest : il s'agit d'un sujet qui a vécu plus de quarante-deux ans avec un anus artificiel. Ce fait est consigné dans une thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Paris, le 3 avril 1835, par M. Miriel, petit-fils de Duret, qui a le premier mis à exécution le procédé de Littre. Le sujet en question, opéré par Duret en 1793, vivait encore à Brest et se portait parfaitement bien en 1835, au moment où l'auteur écrivait cette thèse, qui est intitulée : *De quelques vices congéniaux de conformation de l'extrémité inférieure du tube digestif*, etc.

M. Miriel, dans cette même thèse, parle d'un autre sujet également opéré à Brest, par Serand, en 1815, et qui existe encore. C'est une femme qui s'est mariée depuis et qui est devenue mère de deux enfants. (*Monit. des hôpit.*, septembre 1856.)

Asthme nerveux (*Appareil très-simple pour faire les fumigations pendant les accès d'*). Tous les praticiens connaissent aujourd'hui les remarquables effets des fumigations de feuilles de jusquiame, de belladone et surtout de datura, pendant les accès d'asthme; mais pour en obtenir les bénéfices il faut que le malade ait le temps d'appliquer le moyen. Lorsque la marche de l'accès est rapide, le malade est dans l'impossibilité de le mettre en usage; peut-on, dans ce cas, confier le soin de fumer à un aide? M. Valérius le pense. Voici les précautions qu'il indique : l'aide doit fumer de manière à produire le maximum d'effet avec le moins de feuilles brûlées, et pour cela il doit observer la respiration du malade et ne lancer chaque bouffée de fumée qu'au moment de l'inspiration. Alors la fumée est en quelque sorte aspirée avec l'air et elle pénètre dans les poumons. On est averti de son entrée par une petite toux sèche dont le malade est pris dès que la fumée a agi. Cette toux, de peu de durée, est ordinairement le signal de la fin de l'accès ou au moins celui d'une rémission plus ou moins prolongée. Pendant cette rémission, on cesse de fumer et on laisse reposer le malade. Si l'accès recommence, on fume de nouveau et ainsi de suite. Ce moyen, comme le fait observer M. Valerius, est de beaucoup préférable à celui qu'emploient quelquefois des personnes étrangères à l'art, qui remplissent la chambre de fumée épaisse, et cela sans résultat, tandis que quelques bouffées de fumée lancées au moment de l'inspiration suffisent pour couper l'accès. Ce fait de la prééminence à accorder à la fumée fraîche a conduit ce médecin à imaginer un petit appareil pour venir ainsi en aide au malade pendant un temps aussi long que possible. Cet appareil se compose tout bonnement d'une pipe d'Allemagne, munie de son tuyau et dans laquelle on introduit les feuilles. Après avoir allumé celles-ci, comme si la pipe était bourrée avec du tabac, on ferme l'ouverture de la pipe avec un bouchon de liége, percé à son centre d'un trou qui reçoit à frottement dur un tube de cuivre ou de tout autre métal. Sur l'extrémité libre de ce tuyau est fixé, à l'aide d'un fil fortement serré, un tube de gutta-percha, terminé par une embouchure. En soufflant par cette ouverture, l'air arrive sur les feuilles de datura, les brûle et la fumée s'échappe par le tuyau de la pipe, qu'on approche à la distance voulue de la figure du malade, pour lui lancer, à chaque inspiration, une bouffée. Ce petit appareil diffère de la pipe ordinaire seulement par le moyen de produire le tirage ; dans la pipe ordinaire l'air est aspiré, ici il est comprimé et lancé sur la matière à brûler, à peu près comme cela a lieu dans les fourneaux aérés à l'aide d'une machine soufflante. (*Ann. et Bull. de la Société de méd. de Gand*, septembre.)

Cathétérisme. *Nouveau mode de se sonder facilement soi-même.* Il n'y a pas de petits détails en médecine pratique. Tout ce qui peut contribuer à apporter quelque soulagement aux malades ou à assurer le résultat d'un traitement est utile à faire connaître. Les praticiens sont souvent obligés d'indiquer à certains malades le moyen de se sonder eux-mêmes dans l'intervalle des visites. Mais malgré les meilleures et les plus minutieuses prescriptions, la manœuvre n'est pas toujours facile ; le succès dépend souvent de la position. Mais quelle est la position la plus commode et qui facilite le mieux le cathétérisme? En voici une qui est recommandée par M. le docteur Lemazurier, de Versailles, et qui ne paraît avoir été indiquée par aucun auteur, bien qu'elle ait dû probablement être mise souvent en pratique. Quoi qu'il en soit, nous la

signalons à cause de son utilité : elle consiste à faire placer le malade dans un bain de siége, ayant le bassin très-déprimé et les cuisses fortement fléchies sur le tronc, porté un peu en avant.

C'est dans cette position qu'un des malades de M. Lemazurier, sujet aux spasmes du canal de l'urètre, et obligé de recourir à une main habile, mais étrangère, essaya de rétablir le cours des urines, en introduisant dans le canal une sonde courbe de gomme élastique sans mandrin. Découragé souvent, dans une circonstance pareille, par des essais répétés et infructueux, il ne fut pas médiocrement étonné de la promptitude et de l'extrême facilté avec lesquels il fit pénétrer la sonde dans la vessie, et de l'absence complète des accidents consécutifs. Plusieurs fois, depuis ce jour, il a répété la même opération, et toujours avec le même succès, en se plaçant de même. (*Gaz. méd.*, octobre 1856.)

Chlorate de potasse, *son essai dans le scorbut.* Nous avons jusqu'ici très-exactement tenu nos lecteurs au courant des essais de la médication par le chlorate de potasse qui ont été faits dans ces derniers temps. Les nombreux et remarquables succès que l'on en a obtenus dans les affections de la bouche ont naturellement porté à penser qu'on en pourrait faire une utile application au traitement du scorbut. Quelques tentatives ont été faites, mais les résultats, bien qu'encourageants, ne permettaient pas encore, vu le petit nombre de faits observés, de se prononcer sur la valeur réelle de cet agent dans l'affection dont il s'agit. Voici quelques faits dus à M. le docteur Brault, médecin de l'hôpital de Saint-Servan, qui sont de nature à inspirer de la confiance.

Guidé par l'analogie, M. Brault avait essayé le chlorate de potasse chez un enfant de huit ans, atteint de scorbut. Ce cas était caractérisé par le boursouflement et l'ulcération des gencives, la fétidité de l'haleine, la pâleur du visage, la diminution des forces. Cet enfant, qui était en traitement par la méthode ordinaire depuis un mois, et sans amélioration satisfaisante, fut au bout de huit jours de l'emploi du chlorate de potasse à la dose de 1 à 5 gramm., sans le concours d'aucun autre moyen, en état de sortir de l'hôpital. Les altérations buccales étaient entièrement guéries ; les forces étaient augmentées.

Sur ces entrefaites, M. Brault reçut dans son service quatre marins atteints de scorbut rebelle. Ils présentaient l'ensemble des symptômes suivants : pâleur, bouffissure et abattement du visage ; décollement considérable et tuméfaction des gencives; ébranlement des dents ; ulcères sanguinolents et se prolongeant (dans deux cas) sur la face interne correspondante de la joue; fétidité de l'haleine; ténesme général. Marche impossible pour trois d'entre eux et très-difficile pour le quatrième. Les membres pelviens présentaient un gonflement accompagné d'ecchymoses énormes, s'étendant même aux parties latérales du tronc et à la face interne des membres supérieurs; elles étaient plus marquées aux parties déclives, comme à la région poplitée. Douleurs vives dans les articulations fémoro-tibiales surtout même dans l'immobilité. Appétit conservé. Un peu de constipation.

Le traitement a consisté exclusivement dans l'emploi du chlorate de potasse à la dose de 2 à 8 gramm. dans les vingt-quatre heures. L'alimentation a été celle des hôpitaux; les aliments ont été accordés suivant l'état des organes masticateurs. La marche a été très-rapide ; la durée totale du séjour à l'hôpital de quatorze, douze, huit jours. Les hommes étaient entièrement guéris et en état de travailler au moment de leur sortie. Aucune rechute n'a eu lieu.

Les cas étaient, comme on le voit, bien caractérisés, et le résultat n'a pas été moins remarquable par la simplicité du traitement que par la promptitude du succès. (*Gaz. des hôpitaux*, septembre 1856.)

Douche *hémostatique. Son emploi dans les opérations sanglantes et principalement dans les ligatures d'artères.* La chose la plus simple peut avoir son utilité ; à ce titre M. le docteur Gaillard indique un moyen qui lui a rendu service dans les opérations délicates. L'éponge dont on se sert pour absterger le sang ne suffit pas, et il faut que le toucher vienne suppléer la vue, mais il ne la remplace pas, car dans les ligatures d'artères, on doit ouvrir la gaîne, et ce n'est qu'en hésitant que le chirurgien procède au dernier temps de l'opération. M. Gaillard a eu l'idée, dans ces circonstances, de balayer la plaie par un courant d'eau. Un seau rempli d'eau froide est placé sur un meuble élevé, le siphon flexible de Marjolin est amorcé, garni

d'une canule droite, remis aux mains d'un aide qui doit avoir l'œil sur le bistouri, afin de le suivre avec un jet d'eau continu, nettoyant instantanément la plaie de tout le sang sorti des vaisseaux. Un robinet est placé près de la canule, et de temps à autre on modère ou on arrête le jet d'eau. Le succès de ce moyen a dépassé son attente : rien ne gêne la vue, les surfaces sont nettes et brillantes, les aponévroses, plus transparentes que sur le cadavre, permettent de distinguer les nuances, bleues pour les veines, blanches pour les nerfs, un peu roses pour les artères ; de là moins d'embarras et plus de promptitude dans l'exécution. L'auteur cite trois opérations de ligatures d'artères (fémorale, tibiale et radiale), et une extirpation de la moitié inférieure de l'urètre chez la femme, pratiquées avec une facilité inaccoutumée. L'eau agit mécaniquement en poussant devant elle le sang épanché ; il agit encore par sa température pour clore les capillaires incisés. Notre confrère augmentera ce dernier mode d'action du liquide en y faisant dissoudre une des substances hémostatiques, si nombreuses aujourd'hui ; nous en avons pour garantie les quelques essais que nous avons tentés avec le perchlorure de fer, dans nos expériences sur les animaux. Seulement il faut avoir soin de choisir celles des substances qui ont le moins d'action sur le fer, car alors le tranchant de l'instrument s'émousse. Pour ces essais nous nous sommes servis de l'irrigateur Eguisier. (*Union méd.*, octobre.)

Kératite ulcéreuse (*Effets remarquables de l'occlusion des paupières dans deux cas de*). Nous rapportons avec intérêt les deux faits suivants, qui viennent d'être publiés par M. Mascarel, médecin de l'hôpital de Châtellerault.

Obs. I. Garde de nuit, âgé de trente-un ans, d'un tempérament lymphatique, affecté d'abord de dysenterie, puis d'une double ophthalmie métastatique. Vains efforts pour ramener le flux intestinal : l'ophthalmie marche à grands pas, avec photophobie, larmoiement, céphalalgie orbitaire, douleurs vives dans les yeux, surtout pendant la nuit, et frissons, redoublements fébriles le soir, avec sueurs générales le matin. Malgré les purgatifs et les quiniques, les accidents continuent à marcher, et en sept ou huit jours les yeux sont dans un état des plus graves. Il y a double blépharo-phthalmie avec kératite et commencement d'iritis sur l'œil gauche. Purgatifs de nouveau, vésicatoires à demeure, frictions mercurielles belladonées, collyre laudanisé, etc., etc. tout échoue. Néanmoins, du côté droit l'œil s'est un peu dégagé, bien que la cornée soit encore dépolie et la vision peu nette. Du côté gauche, une ulcération serpigineuse embrasse la plus grande partie de la cornee avec ses rebords comme décollés; pupille serrée et un peu déformée ; les objets ne sont plus distingués de ce côté, et les douleurs, qui prennent par intervalle le caractère lancinant, ne laissent plus de repos au malade, surtout pendant la nuit. C'est dans ces déplorables conditions, et ne conservant pour ainsi dire plus d'espoir de sauver cet œil, que M. Mascarel se décide à recourir à l'occlusion : les paupières sont maintenues rapprochées au moyen de deux petites bandes de taffetas gommé couchées horizontalement sur les paupières, puis deux autres sont appliquées perpendiculairement aux premieres, de maniere à laisser entre elles de petits intervalles pour l'écoulement des liquides. Dès le soir même, le malade s'endort et ne se réveille qu'au matin. Les douleurs ont entièrement cessé. Au bout de quarante-huit heures, l'œil ayant été humecté avec de l'eau tiède, les bandelettes sont enlevées, et l'on constate que la conjonctive oculaire n'est presque plus injectée, que les bords décollés de l'ulcération cornéale sont aplatis; mais l'épiphora continue, par suite du contact de la lumière et de l'air. Réapplication des bandelettes ; même calme. On continue les pilules de Plummer; après quatre jours d'occlusion, le malade aperçoit certains objets qu'il ne distinguait pas auparavant ; en huit jours la cicatrisation était presque complète. La vision s'est complétement rétablie ; il ne reste plus qu'un léger nuage sur la cornée.

Obs. II. Soldat âgé de vingt-un ans, entré pour deux abcès situés dans les lames de la cornée du côté droit, l'un en haut, plus petit, ouvert avec fond jaunâtre et bords escarpés, l'autre placé en dedans, volumineux, un peu bombé, jaunâtre et sur le point de perforer l'œil; conjonctive vivement injectée, vision presque abolie, douleurs vives irradiant vers le front, avec photophobie et épiphora; peu de fièvre, excepté le soir; sueurs et insomnie pendant la nuit. La maladie datait de quatorze jours. Purgatifs, onctions mercurielles

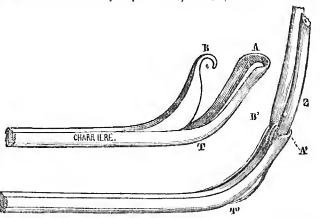
belladonées, collyre mucilagineux, emplâtre stibié sur l'apophyse mastoïde. La rougeur diminue d'abord, puis l'œil rougit de nouveau, les abcès se détergent mal; photophobie, épiphora. Vésicatoire à la nuque, purgatifs, instillations laudanisées. La salivation commence, et cependant les paupières sont toujours rouges et tuméfiées, le malade ne distingue pas les objets, les ulcères ont toujours un mauvais aspect, le globe oculaire ne pâlit que le lendemain du jour de la purgation. Le vingt et unième jour, occlusion des paupières avec des bandelettes de taffetas gommé. Le deuxième et le troisième jour, plus de douleur. Le quatrième, on enlève les bandelettes, l'œil a perdu plus des trois quarts de sa rougeur, les bords de l'ulcération ne sont plus élevés et les vaisseaux déliés qui passaient de la cornée opaque à la transparente ont disparu. Le mieux continue les jours suivants. Instillation laudanisée. Le dixième jour, l'ulcération supérieure est cicatrisée, il ne reste plus qu'une tache blanchâtre; l'ulcération interne marche aussi très-rapidement à la cicatrisation, et le malade commence à distinguer les objets. L'occlusion est continuée encore pendant trois jours avec un succès croissant. Les plaies de la cornée sont fermées, il reste seulement des taches blanches assez profondes sur l'angle interne de l'œil. (*Union méd.*, août).

Phosphate de chaux; *son inefficacité dans la dégénérescence atrophique de l'enfance.* On sait que l'usage thérapeutique du phosphate de chaux a été depuis quelque temps remis en honneur; on l'a préconisé particulièrement dans le traitement des maladies scrofuleuses, des caries vertébrales et articulaires, du spina-ventosa. Le docteur Beneke en a récemment recommandé l'usage, particulièrement dans ce que les médecins allemands appellent la dégénérescence atrophique des enfants. On a institué dans l'hôpital de Bethany, à Berlin, une série d'expériences pour s'éclairer à cet égard. On n'a reconnu au phosphate de chaux aucun avantage; il n'a pas paru produire l'amélioration d'un seul symptôme. On a même observé dans tous les cas une aggravation de la maladie (malgré le remède probablement et non à cause de lui). Les préparations de phosphate de chaux ont été données à la dose de 10 à 20 centigrammes, trois fois par jour, et l'on en a continué l'usage pendant huit semaines.

Ces résultats sont très-différents de ceux qui ont été constatés par M. Piorry dans le traitement du rachitisme et du mal de Pott, et par M. Gosselin, dans les fractures, comme moyen de faciliter le travail de consolidation, et ne les infirment pas, comme on l'a prétendu. La dégénérescence atrophique de l'enfance porte exclusivement sur le système musculaire; et les recherches anatomopathologiques, entreprises en ces dernières années en France, semblent devoir la rattacher à une lésion du système nerveux. En face d'une semblable étiologie, on ne s'étonne pas de l'inefficacité du phosphate de chaux. Il nous a paru bon, toutefois, de signaler les résultats des tentatives thérapeutiques entreprises à Berlin. (*Gaz. méd.*, octobre.)

Pince *d'un nouveau modèle pour extraire de la vessie les sondes et autres corps flexibles.* Aux divers instruments analogues créés dans ces dernières années, M. J. Charrière vient d'en ajouter un nouveau qu'il a soumis à la sanction de l'Académie. Ce modèle, imaginé par M. le docteur Aug. Mercier, ressemble au brise-pierre courbe. Le mors de la branche femelle est fenêtré complétement, comme dans le brise-pierre de M. Charrière père, mais la petite lame qui borde la fenêtre, au lieu d'être fixée sur le bec même, se trouve à sa face dorsale, près de leur extrémité; les lames latérales sont un peu plus écartées que dans le reste de leur étendue, et leur bord antérieur se confond avec le bord terminal en s'arrondissant; le mors de la branche mâle, près de son extrémité, est beaucoup plus mince que la fenêtre n'est large, mais il a une grande force d'avant en arrière: ce qui le caractérise surtout, c'est sa face prenante, qui est contournée en S. Voici maintenant ce qui arrive: quand on a saisi en travers un corps flexible, à mesure que le talon de cette branche s'engage dans la fenêtre, le corps glisse entre les mors, qui sont parfaitement polis, et remonte jusqu'au crochet terminal. Là il se trouve arrêté, et si l'on continue de presser, il se fléchit et s'engage entre les lames de la branche femelle, en même temps que ses extrémités se dirigent en avant et en haut. On voit que dans l'extraction le volume du corps étran-

ger ne se surajoute en aucun cas à celui de l'instrument, que le premier est presque dans l'axe du second, qu'en tout cas il y est facilement amené en traversant le col de la vessie, et que s'il tend à frotter contre une des parois du canal, c'est contre l'antérieure, où il ne se trouve rien d'essentiel à ménager. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, octobre.)



Tétanos *guéri par l'administration de la belladone.* Rien de mieux établi que les bons effets de l'opium dans le traitement du tétanos. Les autres substances narcotiques jouissent-elles de la même efficacité? C'est à l'expérimentation clinique de trancher la question. A ce titre nous croyons devoir relater le fait suivant. — Le docteur Irminger-Ernst, médecin dans le canton de Zurich, eut l'occasion de traiter un cas de tétanos survenu chez un jeune homme de vingt-quatre ans, à la suite d'une commotion de la moelle épinière. Pendant un exercice militaire ce jeune homme perdit connaissance, et tomba violemment assis sur le sol. Revenu à lui, il accusa de vives douleurs partant du sacrum, remontant dans toute l'étendue de la moelle épinière et s'irradiant vers les reins et la vessie. Une saignée, un vomitif, n'amenèrent aucun soulagement.

Le lendemain de l'accident, dans l'après-midi, se déclara un premier accès d'opisthotonos, qui se renouvela tous les jours à la même heure. Chaque accès durait quatre ou cinq heures. Le sixième jour l'accès manqua, pour reparaître le septième avec une intensité plus grande. Ces accès cédèrent à l'emploi d'une potion composée de

Teinture de belladone....	4 gramm.
Eau de laurier-cerise....	8 gramm.
Eau distillée de cerises noires................	180 gramm.

M. S., à prendre par cuillerées à bouche de deux en deux heures.

Le malade guérit complétement.

Dans deux autres cas analogues, le même médicament fut également employé avec le même succès et amena la guérison en sept jours. (*Schweitz. Zeitsch. für med. chir.*, 3me cahier, 1856.)

Tremblement mercuriel *guéri par l'opium, la magnésie et les bains froids.* Quelle est la valeur individuelle de l'opium, celle de la magnésie et celle des bains froids, dans le traitement de l'empoisonnement mercuriel? Quelle est, dans l'association de ces trois moyens, la part qui revient à chacun d'eux? C'est ce que nous ne saurions dire. Mais tout en restant dans le doute sur ce point, il nous paraît démontré que la guérison du tremblement mercuriel, dans le fait suivant, est bien le résultat du concours de ces trois agents. Les lecteurs en jugeront.

Un homme de quarante-quatre ans, étameur de glaces, entre le 26 décembre 1855 à l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Cet homme avait eu neuf ans auparavant, en 1844, après avoir employé une plus grande quantité de mercure qu'à l'ordinaire, une stomatite compliquée d'aphthes nombreux et suivie de la chute de plusieurs dents. Vers cette même époque, et à peine rétabli de cet accident, il fut vivement impressionné par la diminution de son

salaire, et quelques jours après survint un tremblement général, qui augmenta peu à peu. Le traitement par les bains froids le fit cesser dans l'espace de quinze à vingt jours. Dès ce moment, quoique toujours occupé dans le même atelier, il toucha moins souvent le mercure, et n'eut plus à souffrir aucun accident, soit entéralgie, suit tremblement. Vers le milieu de l'année 1855, ayant voulu travailler pour son compte et s'étant remis à manier ce métal, en décembre le tremblement reparut d'abord aux membres supérieurs, puis aux membres pelviens, et enfin dans tout le système musculaire.—Voici quel était son état le jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu :

Tous les mouvements musculaires sont désordonnés et échappent en grande partie à l'empire de la volonté : ainsi il ne peut marcher sans tomber, il ne peut même rester dans la position verticale, ni saisir avec les mains aucun objet du premier coup, et quand il les a saisis il les laisse tomber ; il parle avec beaucoup de gêne, les muscles du larynx et du pharynx se contractent sans nécessité et sans ordre. Ces mouvements n'ont pas toujours la même intensité, mais il arrive souvent, pendant la nuit, qu'ils sont assez forts pour tenir le malade en éveil. Il a beaucoup maigri, il a du reste bon appétit et ses digestions se font assez bien ; il n'éprouve ni céphalalgie, ni tintements d'oreilles ; la circulation est régulière ; mais la respiration est saccadée, et rendue irrégulière par le trouble musculaire des parois thoraciques.

Jusqu'au 9 janvier suivant, le malade est mis à l'usage de l'extrait thébaïque, à la dose de 25 milligrammes, matin et soir ; et à cette époque il prend de plus quatre paquets de magnésie calcinée d'un gramme chacun. Il allait de mieux en mieux tous les jours, lorsque le 14 le tremblement reprend un peu d'intensité aux deux mains. Le 15, le tremblement a diminué ; le malade commence un peu à se tenir debout, mais très-difficilement et pendant très-peu de temps encore. (Même traitement.)

Le 16, recrudescence du mal, suppression du traitement, potion antispasmodique.

Les 17 et 18, même état, même traitement.

Le 19, opium et magnésie calcinée.

Le 20, le malade s'est levé seul ; il a fait quelques pas, mais en s'appuyant des deux mains.

Le 21, au traitement ci-dessus on ajoute un bain froid tous les jours.

A dater du 25, le malade va de mieux en mieux tous les jours. Le 27, il se promène dans la salle : la tête et les membres pelviens tremblent beaucoup moins ; le liséré des gencives est effacé presque complétement ; le sommeil est revenu.

Le 29, il va tout seul au bain et se met tout seul dans la baignoire, ce qu'il n'avait pu faire encore.

Le 31, nuit agitée, tremblement encore assez prononcé dans la matinée. Suppression du traitement.

Du 1er février jusqu'au 14, le tremblement diminue considérablement ; le malade marche seul, d'abord au pas, puis plus vite, il galope même assez longtemps et se tient sur un pied. Il ne reste plus qu'un tremblement presque imperceptible des membres supérieurs. Le malade prend encore quelques bains froids, et le 21, se considérant comme guéri, il demande sa sortie. (*Gaz. des Hôp.*, sept. 1856)

VARIÉTÉS.

D'importantes mesures viennent d'être prises pour l'organisation de l'agrégation dans la Faculté de Paris ; l'espace nous manque pour la publication des arrêtés ministériels qui consacrent le nouvel ordre de choses. Le rétablissement du stage et la création de trois places nouvelles obligeaient à maintenir en exercice la promotion de 1848, et à pourvoir par le concours ou par la nomination directe aux places nouvelles. Le principe de la nomination directe a prévalu. MM. Gosselin, Tardieu, Béclard et Barth ont été nommés. MM. Béclard, Jarjavay, Vigla et Hardy, ont été désignés pour suppléer les professeurs empêchés de faire leur cours. M. Hardy a refusé d'accepter les bénéfices de la nouvelle organisation.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations sur la nature et le traitement du sclérème et de l'asphyxie,

Par M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Le sclérème est une maladie spéciale à l'enfant nouveau-né, et dont les principaux caractères sont : une grande faiblesse, une réfrigération profonde, une induration de la peau et du tissu cellulaire des extrémités, parfois étendue au tronc, avec ou sans œdème, avec ou sans tuméfaction.

Dans cette définition, simple énumération symptomatique, je comprends deux formes de sclérème, que des observateurs ont considérées comme des affections distinctes : le sclérème œdémateux et le sclérème sans œdème, mais avec induration graisseuse. Ces deux états morbides sont manifestement sous la dépendance d'une même cause. La forme de l'induration tient à des modifications dans la circulation locale et à la déperdition plus ou moins considérable de fluides séreux par les organes de sécrétion ou d'exhalation, comme nous le démontrerons ultérieurement.

Le mot sclérème (de σκληρὸς, dur), ainsi que toute sa synonymie, indique que l'attention des observateurs s'est jusque-là portée sur une manifestation extérieure de la maladie, l'*induration* avec ou sans œdème. Toutes les recherches anatomiques ont été dirigées vers ce but. Toutes les doctrines émises sur le sclérème sont basées sur ce symptôme ; il semble même que l'on ait considéré comme accessoires les phénomènes généraux, en présence de ce fait secondaire.

Valleix, néanmoins, nous devons lui rendre cette justice, en rattachant le sclérème, dont il a fait une asphyxie lente, à l'asphyxie proprement dite, s'est rapproché autant que possible de la cause de cette maladie. L'asphyxie, en effet, joue un rôle important dans le sclérème, elle tient beaucoup de symptômes sous sa dépendance ; elle fait rentrer le sclérème dans le domaine réel des maladies, en assignant à l'induration la place qui lui convient. Mais l'asphyxie n'est pas toute la maladie, et elle-même dépend d'une cause que l'on peut considérer comme le point de départ, la cause immédiate, celle qui fournit les indications curatives les plus efficaces : c'est l'*inertie musculaire*.

Je me propose dans ce travail de démontrer que rien dans les lésions anatomiques signalées dans le sclérème ne peut servir de base à la constitution d'une espèce morbide ; que les symptômes

principaux, isolés de la cause, seraient insuffisants pour la caractériser; que pour avoir des idées précises sur la nature du sclérème, il faut rattacher ses phénomènes à leur cause immédiate.

Pour atteindre ce but, il est nécessaire de jeter un rapide coup d'œil sur l'anatomie pathologique, la symptomatologie et l'étiologie du *sclérème,* dénomination que j'emploie, abstraction faite de toute signification étymologique.

Anatomie pathologique du sclérème.—Ce qui, tout d'abord, appelle l'attention dans l'anatomie du sclérème, c'est le fait qui a le plus frappé l'esprit des pathologistes : l'*induration* et l'*œdème.*

Cette lésion est partielle ou plus ou moins généralisée. Dans le premier cas, les points les plus affectés sont les suivants : les faces dorsales et plantaires des pieds, le côté externe des jambes, le bord cubital des avant-bras, les mains, les lèvres, les ailes du nez, les joues, le pubis; la vulve chez les filles, les bourses chez les garçons. De ces différents points le mal s'est propagé aux parties voisines et a pu envahir une partie du tronc, et spécialement l'abdomen.

La dissémination des foyers primitifs, la tendance à la généralisation du mal, nous révèlent l'action d'une cause générale. Et dès lors nous sommes disposé à reléguer l'*œdème* sur le second plan, dans la pathogénie du sclérème.

Les parties tuméfiées sont fermes, résistantes, prennent difficilement l'empreinte du doigt. Cependant, malgré sa résistance et son apparente dureté, la peau, détachée des parties sous-jacentes, conserve toute sa souplesse et n'est point altérée dans sa texture. M. Bouchut tend à penser que la plupart des capillaires cutanés sont oblitérés. Il est assez probable qu'une partie de ces vaisseaux s'est affaissée, par suite de la réfrigération cutanée; mais en admettant ce fait comme démontré, il n'arriverait encore ici que dans un ordre secondaire; et surtout il ne serait applicable qu'à un certain nombre de cas.

La coloration de la peau est variable. C'est une teinte asphyxique plus ou moins foncée, parfois nuancée de jaune, une teinte ictérique, une décoloration complète. A part la couleur jaune, qui peut être liée à un ictère général, les autres nuances de coloration dépendent d'un état plus ou moins marqué d'hyperhémie ou d'anémie cutanée. Nous essayerons d'en préciser les causes immédiates.

Il n'existe donc du côté de la peau aucune lésion notable; rien qui puisse rendre compte du sclérème, anatomiquement du moins.

Une sérosité plus ou moins limpide, ou colorée en rouge, en jaune, infiltre le tissu cellulaire des parties tuméfiées. Elle s'en écoule et

s'en exprime à la suite d'incisions ou de pression, comme dans les œdèmes dépendant des autres causes. On conçoit difficilement, en voyant la sérosité conserver sa fluidité dans le tissu cellulaire après la mort, que Breschet ait eu la pensée d'attribuer l'endurcissement à la *coagulation spontanée* de ce produit.

Comme la peau, le tissu cellulaire, après l'écoulement de la sérosité, reprend son aspect normal.

Telles ne sont pas toujours les lésions qui se montrent chez les enfants sclérémeux. Dans un certain nombre de cas, exceptionnels comparativement aux précédents, la peau est pâle, plutôt affaissée que tendue et comme collée aux tissus sous-jacents, qui sont affaissés et durs. Le tissu cellulaire est sec, le tissu adipeux est ferme comme la graisse des viandes de boucherie; il est d'un blanc mat.

Entre ces deux ordres de lésions, il y en a d'intermédiaires, c'est-à-dire que l'induration avec œdème et l'induration graisseuse peuvent exister simultanément sur le même individu, et qu'elles se confondent parfois insensiblement.

Ces deux ordres de lésions, que l'on reconnaît facilement sur le vivant, ont donné lieu à la division du sclérème en *œdémateux* et *dur*. M. Bouchut considère la forme *dure* comme le sclérème *simple;* il appelle l'autre *œdémateux*. Nous verrons que le sclérème *simple* de cet auteur n'est probablement que le degré le plus élevé de la maladie.

Le cœur et les vaisseaux, surtout les cavités droites et les veines, sont généralement remplis de sang; les capillaires en regorgent à tel point, que des moindres incisions, ce liquide s'écoule en abondance. Il y a néanmoins de nombreuses exceptions à cette règle. Quand l'enfant sclérémeux était pléthorique, robuste, les vaisseaux du cadavre sont en effet gorgés de sang; mais s'il était faible d'origine, débilité par la diarrhée ou le défaut d'alimentation, si le sclérème était dur, on trouve peu ou point de sang dans les vaisseaux.

On prétend que les vaisseaux principaux des parties indurées sont parfaitement perméables. Ici encore je crois qu'il faut établir une distinction. Chez les enfants frêles, et surtout chez les avortons affectés de sclérème dur, j'ai trouvé les principales artères des membres vides, atrophiées et d'une ténuité extrême. Il en était à peu près de même des veines. Cette circonstance anatomique me paraît avoir une certaine importance dans la détermination des formes du sclérème.

On a noté, comme faits plus ou moins rares, la persistance du trou de Botal et du canal artériel; mais, outre que les mêmes faits

pourraient se présenter chez des enfants bien portants, il ne manque pas de ces anomalies persistantes qui n'ont pas provoqué de sclérème.

Les poumons sont fréquemment sains; des lésions variables, telles que congestions, engorgements inflammatoires, rougeur violacée de la muqueuse bronchique, parties de l'organe non pénétrées par l'air, de la sérosité dans les plèvres existent chez un certain nombre d'enfants.

Dans la nature et l'inconstance de ces lésions, il est impossible de trouver la cause de l'endurcissement du tissu cellulaire. Il est même probable que plusieurs d'entre elles sont secondaires; car, si elles étaient primitives, elles apporteraient de grands obstacles aux guérisons, que l'on obtient presque sûrement avec des soins bien dirigés.

Du côté du système nerveux on a noté une congestion sanguine, d'abord des téguments, des méninges ensuite, la substance nerveuse n'étant pas injectée dans la même proportion; une certaine quantité de sérosité dans les ventricules. Mais ce ne sont point là de véritables lésions.

Le canal digestif offre aussi son contingent de lésions. On a constaté de la sérosité épanchée dans le péritoine, comme dans les autres cavités séreuses, mais en petite quantité. Nous avons récemment trouvé une ascite notable sur un scléréméux de naissance. Il n'est pas rare de rencontrer sur la muqueuse digestive des traces d'inflammation; le muguet existe dans un certain nombre de cas. Chez les enfants débiles, qui n'ont pas été alimentés, le canal digestif est vide, atrophié, au point que les intestins ont à peine le volume d'une plume à écrire; l'estomac, celui du petit doigt; dans ce cas, il y a plutôt de la pâleur que de la congestion.

Des lésions qui viennent d'être passées en revue, il n'en est aucune assez constante, assez proéminente, et tenant assez les autres sous sa dépendance, pour constituer une espèce morbide. L'œdème du sclérème, symptomatique comme les autres œdèmes, ne peut être considérée comme point de départ des lésions internes; pas plus qu'il n'en est la conséquence.

Le sclérème n'est donc point une maladie *anatomique*. Mais, hâtons-nous de le dire, les lésions cadavériques fournissent d'importantes indications curatives.

Symptomatologie. — C'est, à mon avis, une erreur que de commencer la description d'une maladie par un symptôme secondaire. Or, l'œdème ou l'induration des membres, que l'on a jusqu'ici con-

sidéré comme le fait essentiel, n'est véritablement, dans la majorité des cas, du moins, qu'un phénomène consécutif; il ne doit pas être placé en première ligne.

Le symptôme dominant, et qui régit toute la pathologie du sclérème, c'est la débilité, congéniale ou acquise, l'inertie musculaire. Cette débilité se traduit par la faiblesse des mouvements respiratoires, des battements de cœur et des artères, l'engorgement des capillaires, l'œdème et les teintes cyaniques de la peau; la réfrigération qui va croissant, au point que, d'après les recherches de M. Henri Roger, le thermomètre placé dans le creux de l'aisselle descend constamment au-dessous de 33° cent., et s'abaisse parfois à 25°, 23° et même 22; ce n'est là encore que la température du creux de l'aisselle, partie voisine du centre : celle des extrémités, nécessairement inférieure, donne au toucher la sensation du froid cadavérique.

Notons encore la difficulté, l'impossibilité de la succion, et même de la déglutition, qui a pour conséquence le défaut d'alimentation ; un cri faible, comparé au cri hydrocéphalique, poussé de temps à autre, accuse un état de souffrance; mais il ne tarde pas à s'éteindre, et souvent même il n'existe pas; ou il est bientôt remplacé par une torpeur profonde.

Tels sont les symptômes du sclérème, en dehors de toute complication. Je vais chercher à déterminer leur valeur, leur enchaînement.

La débilité, l'inertie musculaire ont pour effet immédiat l'insuffisance des actes mécaniques de la respiration, et partant, celle des actes chimiques. L'hématose est plus ou moins incomplète; il s'établit, d'après cela, une asphyxie dont la rapidité est en raison de la faiblesse musculaire. La fonction calorigène est frappée dans sa principale source [1]. L'anhématosie porte secondairement atteinte

---

[1] Je suis obligé de modifier aujourd'hui cette partie de la théorie du sclérème.

Des expériences de M. Claude Bernard, dont le résultat a été récemment communiqué à l'Académie des sciences, il résulte, en effet, que le sang du ventricule droit, chez un animal à jeun, est à 38°,8, et celui des cavités gauches à 38°,6 : 0,2 de degrés perdus dans le passage du sang à travers les poumons ; que, pendant le travail digestif, le premier est à 39°,2 : 0,4 degrés conséquemment au-dessus de la température à jeun ; et que le second est à 39°,1 : 0,1 degre seulement au-dessous du sang veineux pendant la digestion.

Il résulte de là qu'au lieu de s'échauffer, comme on le croyait, pendant la respiration, le sang se refroidit; que l'hématose pulmonaire n'est point un acte directement calorigène. L'affaiblissement de la respiration dans le sclérème ne peut donc être considéré comme la cause de l'algidité.

Mais, secondairement, l'anhématosie pulmonaire porte atteinte aux actes nu-

aux actes nutritifs, ainsi privés de leur aliment nécessaire. La source de la chaleur se tarit dans les capillaires. Le sclérème est donc une *maladie asphyxique, par insuffisance des actes mécaniques de la respiration.* Mais une fois commencée, l'asphyxie réagit sur sa cause, en aggravant la débilité musculaire qui la produit.

Le cœur, organe de contraction, participe à l'adynamie musculaire générale; il ne tarde pas, en outre, à ressentir lui-même les effets de l'asphyxie. Ses mouvements, faibles d'abord, vont s'affaiblissant sous l'influence de cette cause. La petitesse, l'insensibilité du pouls, à mesure surtout que l'on s'approche des extrémités, accuse l'impuissance de l'agent moteur du sang. L'atrophie rétractile des troncs artériels des membres, dans certains cas, semble annoncer que l'action du cœur n'a pas suffi pour y faire parvenir la colonne sanguine. *Asphyxique* par les poumons, le sclérème devient *syncopal* par impuissance du cœur.

Le sang artériel, mû avec une force insuffisante, ne communique plus au sang veineux l'impulsion nécessaire à sa progression ; de là l'engorgement de ces vaisseaux sur les cadavres des enfants pléthoriques ; la circulation capillaire languit et par la faiblesse de la circulation artérielle, et par l'obstacle que lui oppose le système veineux engorgé : de là les colorations asphyxiques de la peau ; de là, aussi, l'*œdème.* Toutefois, je dirai par anticipation que l'œdème peut être un effet local de l'action du froid ; son mécanisme, alors, ne diffère pas sensiblement du précédent, comme nous le verrons à propos de l'étiologie ; mais alors c'est un fait local.

Il est un point qui a surtout frappé les observateurs, c'est la dureté de l'œdème, ou plutôt la dureté, la résistance de la peau; la difficulté avec laquelle elle prend l'empreinte du doigt; son défaut de transparence, contrairement à ce que l'on observe dans les autres formes d'œdèmes. Chez les enfants nés avant terme, la dureté, la résistance de la peau n'existent pas toujours au même degré que chez

---

tritifs, qui sont, à n'en pas douter, la véritable source du calorique. Ce doit être dans les capillaires, en effet, que le sang veineux puise son élévation de température. Quoi qu'il en soit, l'affaiblissement des actes respiratoires est un point de départ pour la réfrigération, et l'indication pratique n'en est pas moins urgente, quelle que soit la théorie.

Les remarquables expériences dont nous venons de parler démontrent que le travail digestif est calorigène. Or, la plupart des enfants sclérémeux sont incapables de teter ou d'avaler ; de là l'extinction d'une source de calorique ; de là aussi l'indication de suppléer, par l'alimentation forcée, au défaut d'alimentation naturelle ; de porter directement dans l'estomac l'aliment que l'enfant ne peut ingérer lui-même.

les enfants vigoureux, nés à terme. Chez eux, aussi, à travers l'œdème des faces dorsales et plantaires des pieds, vues à contre-jour, on peut constater une certaine transparence, ce qui tient sans doute à la minceur de la peau. Comme nous l'avons vu, à propos des lésions anatomiques, Breschet rapportait ce phénomène à la plasticité de la sérosité, spontanément coagulable suivant lui. M. Bouchut (dans son Traité des maladies des enfants) trouve également, dans la plasticité plus grande de cette sérosité, l'explication de la différence de résistance qui existe entre l'œdème du sclérème et les autres œdèmes.

Je ne puis accepter cette explication, n'ayant jamais trouvé que la sérosité différât dans l'un ou l'autre cas.

On peut donner de ce phénomène une explication plus plausible.

Dans les œdèmes aigus, chez des sujets robustes, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, on observe également de la fermeté, de la résistance dans les parties infiltrées. C'est qu'ici, comme dans le sclérème, la peau a été saisie par l'œdème, dans toute sa force d'élasticité ; elle se prête difficilement à l'ampliation, et reste tendue. Mais quand elle a subi les atteintes d'une maladie longue, elle s'est relâchée, a perdu de son ressort, elle se laisse distendre par l'accumulation lente et progressive de la sérosité ; elle s'infiltre elle-même, cesse de réagir : de là cette flaccidité que l'on observe dans les œdèmes chroniques.

D'un autre côté, l'algidité sclérémeuse condense et rétracte les tissus ; c'est une conséquence toute physique de l'abaissement de la température. La peau condensée par le froid reste dure et tendue sur les parties infiltrées.

Les différences de coloration s'expliquent par les modifications survenues dans la circulation. Je fais abstraction de la coloration ictérique proprement dite, et qui dépend d'une affection de l'appareil biliaire. Les teintes cyaniques sont dues à la stase du sang dans les capillaires, par suite de l'insuffisance des contractions du cœur : la décoloration partielle, au dégorgement des capillaires veineux, sans remplacement par du sang artériel. L'atrophie des artères, constatée sur les cadavres, l'absence de pulsations dans les artères des membres, que l'on observe pendant la vie, annoncent la suspension de la circulation dans ces vaisseaux, et rendent compte de la décoloration plus ou moins générale, qui peut, d'ailleurs, être primitive ou secondaire.

Dans ces phénomènes extérieurs du sclérème on retrouve à peu près ceux qui caractérisent l'obstruction spontanée des deux ordres

de vaisseaux ; et suivant que la gêne de la circulation porte davantage sur l'un ou sur l'autre, on voit s'établir un sclérème œdémateux, ou bien un sclérème par induration graisseuse.

Chez les enfants délicats la circulation artérielle peut être suspendue d'emblée, dans les extrémités, par impuissance du cœur et par impression du froid extérieur. Privés de sang artériel, les membres pâlissent et s'indurent par défaut de liquide; le plus souvent l'œdème, du moins dans les conditions où j'ai été placé pour l'observer, précède l'induration graisseuse. C'est ce que j'ai vu souvent chez des avortons. Le massage faisait disparaître rapidement l'œdème, mais restait l'induration.

Il est une circonstance qui favorise cette transformation du sclérème : les perspirations cutanée et pulmonaire, la sécrétion urinaire, les exhalations intestinales, si faibles, si peu abondantes qu'elles soient, enlèvent toujours une certaine quantité de sérosité, non réparée, si, ce qui est ordinaire, l'enfant n'est point alimenté. L'enfant se trouve alors dans les conditions d'une plante privée d'eau ; il se dessèche et se flétrit, et passe de l'état œdémateux à l'induration graisseuse. Il paraît évident, d'après cela, qu'entre les deux formes du sclérème il n'y a d'autre différence que des modifications dans la circulation veineuse et artérielle; la cause immédiate de la maladie restant la même dans les deux cas, les indications thérapeutiques étant aussi les mêmes ; mais le sclérème dur est le plus haut degré de la maladie, la forme la plus grave.

L'œdème ou l'induration limitées ne sont qu'un fait secondaire dans cet état morbide. Mais lorsque les membres, la face, une partie du tronc sont envahis, le symptôme devient par lui-même un fait grave : il gêne les contractions musculaires, impuissantes déjà, il empêche la succion ; et la somme de calorique absorbée par les fluides infiltrés contribue à la réfrigération générale. Le sang s'épaissit par la déperdition de sa partie séreuse, l'hématose, la circulation, les actes nutritifs, s'altèrent de plus en plus, et la vie ne tarde pas à s'éteindre. *(La suite au prochain numéro.)*

Du traitement de l'asthme par les solanées vireuses ou leurs principes actifs.

Par le docteur MICHEA.

L'idée qu'on attachait jadis au mot asthme a bien changé depuis l'avénement de l'anatomie pathologique. Laënnec fut le premier auteur qui chercha à simplifier cette maladie, dont l'emphysème pulmonaire était pour lui la cause la plus fréquente. M. Louis la ré-

duisit encore davantage ; et, enfin, supprimant l'intervention de l'élément nerveux, M. Beau l'absorba tout à fait dans la bronchite.

En admettant, ce qui est vrai dans l'immense majorité des cas, que l'emphysème du poumon et la bronchite coïncident avec l'asthme, il restait à savoir comment ces lésions organiques pouvaient expliquer l'intermittence, les paroxysmes, les aggravations soudaines de la difficulté de respirer. Là était, en effet, le nœud de la question, et là commençait la fausse route dans laquelle les anatomo-pathologistes devaient s'engager.

Remarquons d'abord que, pour se tirer d'embarras, tous négligent le signe caractéristique de l'asthme, c'est-à-dire la périodicité ou les paroxysmes de la dyspnée, signe caractéristique qui les gêne beaucoup dans leur théorie du rapport de la lésion au symptôme. Pour être conséquent avec son principe, M. Louis avance « que la dyspnée fut *non interrompue* dans tous les cas où elle existait, à part un jeune garçon venu à l'hôpital pour un accès de dyspnée, dont la durée totale fut de huit jours. » Dans la théorie de M. Beau, il n'est plus du tout question du caractère intermittent de l'oppression : c'était une manière beaucoup plus commode de trancher la difficulté.

Mais qu'on rapporte exclusivement la dyspnée à l'emphysème du poumon, comme le fait M. Louis, ou qu'on l'attribue à la bronchite qui le précède et l'accompagne, comme le prétend M. Beau, toujours est-il qu'aucune de ces théories n'explique d'une manière satisfaisante, pas plus l'embarras muqueux de l'arbre bronchique que la dilatation des cellules aériennes, pourquoi, au lieu de se montrer d'une manière continue, la difficulté de respirer se manifeste par intervalles ou accès ; pourquoi dans un cas la dyspnée dure trois heures, tandis que dans un autre elle dure quatre jours ; pourquoi chez l'un elle revient tous les mois, et chez l'autre une, deux, trois fois par an. En supposant même que l'étouffement fût continu, au lieu de se manifester par paroxysmes, l'embarras muqueux des bronches ne pourrait encore en rendre compte, attendu qu'il n'existe pas toujours d'expectoration, ainsi que l'avait constaté déjà Van-Helmont, et que, quand elle a lieu, l'étouffement, suivant la remarque de Floyer, peut cesser avant que le malade ait beaucoup craché, *ce qui n'arriverait pas*, dit avec beaucoup de raison cet auteur, *s'il était produit par l'abondance des phlegmes.*

L'asthme n'est donc pas quelque chose d'aussi simple que le croyait Laënnec, et que le pensent encore M. Louis et M. Beau, à savoir un pur symptôme trouvant sa cause prochaine et son explication dans

une lésion organique. C'est un fait morbide complexe, une maladie formée au moins de deux éléments. Indépendamment de l'emphysème pulmonaire, qui coïncide presque toujours avec l'asthme, sans jamais le produire, il y a un *élément nerveux,* supprimé à tort par les anatomo-pathologistes, quoique parfaitement démontré par une foule d'excellents médecins, et notamment par M. Jolly dans son remarquable article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique;* autrement dit, l'asthme est une maladie convulsive des bronches, ayant l'emphysème pulmonaire pour lésion.

Ce qui prouve que l'élément capital de l'asthme est la convulsion des bronches, une sorte d'épilepsie du poumon, *caducus pulmonum,* comme le disait Van-Helmont, c'est que cette maladie peut survenir ou être rappelée tout à coup sous l'influence d'émotions vives, ou quand on aspire certaines matières pulvérulentes qui agissent sur les voies respiratoires, sans l'intervention d'aucune bronchite. Floyer dit avoir connu un marchand qui avait un accès d'asthme chaque fois qu'il se trouvait dans un lieu rempli de poussière de blé. MM. Delaberge et Monneret parlent d'une femme dont les accès revenaient presque infailliblement quand elle restait dans un appartement où l'on secouait des lits; la crainte même d'en respirer la poussière suffisait pour amener la dyspnée. Marshall-Hall traitait un malade qui éprouvait également un accès d'asthme chaque fois que l'on secouait des lits de plume en sa présence. Le même auteur connaissait aussi un médecin qui ne pouvait respirer dans une atmosphère contenant des traces d'ipécacuanha. Enfin, je tiens d'un bon praticien de Paris, le docteur Vallerand de la Fosse, qu'une femme asthmatique, à laquelle il donnait des soins, était reprise d'un accès chaque fois qu'elle délayait de la farine de graine de lin pour en faire des cataplasmes.

En appelant l'asthme l'*épilepsie du poumon*, en cherchant à le guérir par les mêmes moyens qu'il opposait au mal caduc, en affirmant que l'expectoration en est l'effet et non la cause, en soutenant qu'il existe un principe occulte, un virus particulier qui se porte sur les bronches et qui les irrite de la même manière que les cantharides irritent la vessie, Van-Helmont émettait, comme on voit, une théorie dont celle de Marshall-Hall se rapproche beaucoup; car, pour le célèbre physiologiste anglais, l'asthme bronchique, ou l'asthme proprement dit, n'est pas autre chose que le résultat d'une action réflexe. Or, si, comme cela est infiniment probable, le point de départ de cette maladie gît dans une excitation du nerf pneumo-gastrique, qui, transmise au bulbe rachidien, revient par ce même nerf

dans les fibres musculaires de Reissessen, qui entourent les ramifications bronchiques, tous les symptômes de l'asthme se comprennent avec la plus grande facilité. Et d'abord la dyspnée intermittente s'explique par le spasme qui rétrécit l'ouverture de ces ramifications bronchiques, et d'une autre part on se rend également compte de l'expectoration qui termine souvent chaque accès, puisque, le pneumogastrique présidant à la sécrétion du mucus bronchique, si ce nerf est trop excité, la sécrétion de ce mucus doit se trouver nécessairement augmentée.

Enfin, s'il est vrai, commo l'a dit Hippocrate, que la guérison d'une maladie en indique la nature, les avantages que les solanées vireuses ont procurés dans beaucoup de cas viendraient encore mettre en évidence l'élément capital de l'asthme, l'élément nerveux ou convulsif. En effet, depuis longtemps le datura-stramonium est regardé dans l'Inde comme un spécique de cette maladie. Très-vantée par le docteur Anderson, médecin à Madras, la pomme épineuse fut mise en usage pour la première fois en Europe, au commencement de ce siècle, en 1802, par le docteur Sims, qui en retira beaucoup d'avantages (*the Edinburg. Journ.*, t. VII, 1814, p. 277). D'un autre côté, Thomas Cristie, médecin en chef des hôpitaux de Ceylan, se servit avec le plus grand succès du *datura fastuosa*. Sur neuf cas d'asthme recueillis, soit à l'hôpital dont il faisait le service, soit dans sa pratique particulière, il a toujours procuré du soulagement quand cet agent médicamenteux était administré avant l'invasion de l'accès ou même après son commencement.

Plus tard, d'autres médecins, Skipton, Krimer, etc., vinrent ajouter de nouveaux faits de guérison ou d'amélioration aux cas si heureux rapportés par les auteurs précédents. En somme, sur vingt-six cas d'asthme recueillis par tous ces médecins, et traités par eux à l'aide du datura stramonium ou du datura fastuosa, en fumée ou en décoction, la guérison complète fut obtenue chez neuf ; et chez dix-sept, les accès, sans être guéris radicalement, furent calmés, suspendus pour un temps, et même quelquefois arrêtés chaque fois qu'ils revenaient. (V. Bayle, *Bibliothèq. de thérapeut.*, 1830, p. 325.)

Depuis, M. Trousseau à l'Hôtel-Dieu, M. Bricheteau à l'hôpital Necker, etc., ont employé avec succès les fumigations de stramoine.

A l'hôpital Beaujon, Sandras mettait en usage de préférence la belladone à l'intérieur, préférence qui s'explique, si l'on réfléchit à l'influence beaucoup mieux établie que cette dernière solanée exerce sur la contractilité ; car c'est le relâchement qu'elle produit dans

certains organes musculaires, dans le col de l'utérus, dans les sphincters de l'anus et de la vessie, relâchement pouvant s'élever jusqu'à l'état de paralysie, comme Himly et Blackett s'en sont assurés; car, c'est ce relâchement, dis-je, qui a engagé quelques accoucheurs, Conquest et Mandt, par exemple, à employer cette plante pour facilitar certains accouchements laborieux, et quelques chirurgiens, Van Loot, Kœhler, Pagès, etc., à la prescrire soit contre les rétrécissements spasmodiques de l'urètre et du rectum, soit contre les étranglements herniaires.

Pour mon compte, après avoir employé comparativement les fumigations de stramoine et celles de belladone, je n'hésite pas à placer cette dernière solanée bien au-dessus de la première. Quant aux fumigations en elles-mêmes, tout excellent que soit ce procédé, beaucoup de malades refusent de le mettre en usage, parce qu'il choque des habitudes ou des préjugés avec lesquels il faut toujours compter en médecine pratique. Je m'explique. Pour que les fumigations de feuilles de belladone ou de stramoine réussissent, il ne suffit pas de brûler ces feuilles sur des charbons ardents ou sur une plaque de métal chauffée au rouge, car alors leurs vapeurs, bien que l'air de la chambre en soit saturé, ne pénètrent pas dans les poumons en assez grande quantité à la fois ou se refroidissent trop avant d'y pénétrer; pour que ces fumigations réussissent, il faut fumer ces feuilles dans une pipe ou en faire des cigarettes. Or, dans les classes élevées de la société, chez les femmes principalement, rien ne peut vaincre, dans une foule de cas, la répugnance qu'inspire l'idée de fumer une pipe et même une cigarette de belladone. Ce sont ces considérations qui m'ont engagé à substituer aux fumigations de cette solanée les sels atropiques, et notamment le valérianate d'atropine, dont je me sers avec le plus grand avantage dans plusieurs autres maladies convulsives, l'épilepsie, la chorée, la coqueluche, etc.

Le fait suivant servira à donner une idée de l'influence salutaire que ce sel atropique peut exercer dans le traitement de l'asthme.

Obs. Mme M , âgée de trente-six ans, d'une constitution moyenne, est fille d'un père asthmatique. Depuis cinq ans elle est sujette à des accès d'asthme qui reviennent deux fois par an, à des époques irrégulières, en hiver aussi bien qu'en été, et qui, dans l'intervalle, la laissent dans un état de tranquillité parfaite, sans palpitations de cœur, sans toux, sans expectoration, sans dyspnée.

Le 10 juillet 1848 la malade, qui n'avait pas eu d'accès depuis le mois de mars, devient triste, a des envies de pleurer et verse sans motif des larmes abondantes. En même temps elle éprouve un peu de malaise à l'estomac et elle sent des bouffées de chaleur lui monter au visage.

Le 14, elle est prise tout à coup, à huit heures du soir, d'une suffocation extrême, accompagnée d'une excrétion très-abondante d'urine pâle et limpide.

Appelé le lendemain matin, nous trouvâmes la malade levée, se plaignant d'avoir la poitrine comprimée, prétendant être sur le point d'étouffer, demandant avec instance à respirer de l'air frais, et se cramponnant aux meubles de sa chambre.

Inspirations très-fréquentes, courtes, saccadées : la malade est dans un état d'angoisse inexprimable. Le cœur a son volume ordinaire; ses bruits sont normaux, le pouls fréquent (110 battements), sans donner lieu à aucune intermittence. Il n'y a presque pas de chaleur à la peau, nulle déformation de la poitrine, pas de voussure, soit à la partie antérieure du thorax, soit à sa partie postérieure, soit au creux sus-claviculaire.

La percussion donne un son un peu plus éclatant qu'à l'état normal. L'auscultation fait reconnaître une légère diminution dans le bruit respiratoire. Un peu de râle sibilant en arrière, à la base du poumon gauche, plus fort au moment de l'inspiration.

Pouls plein, yeux saillants, lèvres bleuâtres; quelques nausées. Je pratique une saignée moyenne qui procure un soulagement notable; elle amène une rémission assez grande dans la soirée du même jour.

Le 15, l'accès, qui avait diminué hier, reparaît vers le soir ; mais son intensité est moindre : yeux moins saillants, lèvres moins bleuâtres, visage moins livide. La toux est assez fréquente, mais non suivie d'expectoration. Le pouls, moins dur, continue à offrir de la fréquence.

Le 16, rémission de l'accès très-prononcée le matin; retour de l'exacerbation le soir, avec intensité moindre toutefois.

Le 17. Râle sibilant très-fort à la partie postérieure de la poitrine, des deux côtés. La malade commence à expectorer et à rendre une urine plus foncée. Diminution notable de la dyspnée.

Le 18. Expectoration facile, crachats opaques, aérés, un peu verdâtres. Urine moins abondante, foncée et laissant un sédiment.

Le 19. L'accès d'asthme touche à sa fin.

Le 8 novembre de la même année, au bout de quatre mois de calme parfait, les accès de suffocation reviennent. Ils sont aussi violents que par le passé, et toujours avec invasion subite, exacerbation la nuit et excrétion d'urines pâles au début. *Prescription* : 2 grammes d'ipécacuanha et infusion de tilleul. Pas d'autre médication.

L'ipécacuanha est continué à la même dose jusqu'à la fin de l'attaque, dont la durée ne fut pas abrégée notablement sous l'influence de ce médicament. Cette durée fut de cinq jours, comme celle de la précédente attaque. Seulement l'ipécacuanha hâta l'expectoration et la rendit plus facile.

Le 2 mars 1849, je fus témoin d'un nouvel accès, en tout semblable aux deux autres. Je prescris à la malade le datura stramonium; elle fume trois cigarettes faites avec des feuilles de cette plante. Au bout d'une demi-heure la suffocation perd de sa violence, mais la malade éprouve de la céphalalgie, des vertiges et une extrême sécheresse à la bouche.

Les jours suivants l'emploi de ce même moyen est continué; seulement, au lieu de trois cigarettes, Mme M... n'en fume qu'une. Malgré ce moyen, la durée totale de l'attaque n'est pas abrégée. Elle se prolonge pendant cinq jours, comme précédemment, mais la suffocation est moins pénible et la rémission quotidienne longue.

Le 16 octobre, retour de l'accès. Prescription de 20 à 30 gouttes de teinture de

lobélie enflée, à prendre deux ou trois fois par jour. Ce moyen ne produit rien d'appréciable ni sur les paroxysmes quotidiens ni sur leur durée totale.

Le 16 mars 1850, la malade commençant à éprouver quelques-uns des signes précurseurs de ses accès, signes qui, d'habitude, se manifestent quatre ou cinq jours avant par de la tristesse, des envies de pleurer, un certain malaise à l'épigastre, etc., je prescris deux granules de valérianate d'atropine, dans le but de faire avorter l'accès.

Continuation du même nombre de granules les jours suivants.

Le 20, l'attaque se déclare; les paroxysmes quotidiens sont plus légers, et leur durée ne se prolonge pas au delà de quarante-huit heures.

Comme la malade croyait s'apercevoir que depuis deux ans son asthme revenait plus particulièrement à l'approche des équinoxes, je lui conseillai de faire usage du valérianate d'atropine, au moins quinze jours ou trois semaines avant les époques où elle supposait devoir être prise de ses accès. Elle s'en trouva fort bien.

Pendant trois ans que Mme M... a suivi très-fidèlement cette prescription, les accès étaient si minimes et si courts qu'elle s'en trouvait très-peu incommodée. Malheureusement cette dame a quitté Paris, de sorte que, n'en ayant plus entendu parler, j'ignore si l'amélioration considérable produite par l'usage préventif du valérianate d'atropine s'est maintenue.

Cette observation a de l'intérêt en ce qu'elle met en évidence les effets salutaires du valérianate d'atropine dans un cas où la lobélie enflée avait échoué et où le datura stramonium n'avait eu qu'un succès insignifiant. Bien que le valérianate d'atropine, préparé d'après la formule que j'en ai donnée ici et ailleurs, soit incontestablement le plus efficace des sels atropiques, toutes les manières de l'administrer ne sont pas indifférentes. J'ai à peu près expérimenté tous ses modes d'administration. Sous forme liquide, en sirop ou en potion, le valérianate d'atropine est très-difficile à employer longtemps, en raison de son odeur fétide. Par la méthode endermique, il a l'inconvénient de produire sur la plaie des pseudo-membranes qui s'opposent à son absorption. Outre que la forme pilulaire est la plus commode pour formuler exactement les doses, c'est aussi la meilleure en ce qu'elle prolonge l'absorption dans tout le tube digestif. Je préfère la forme pilulaire à un autre mode d'administrer le médicament sous forme solide, je veux parler des dragées, qui peuvent offrir du danger dans certaines circonstances, comme toutes les dragées qui renferment le principe actif des végétaux toxiques, suivant la remarque très-judicieuse de M. Aubergier. En effet, des personnes légères ou étourdies, les enfants surtout, peuvent prendre coup sur coup quatre, cinq, six, et même plus, de ces bonbons, au lieu d'un ou de deux que le médecin avait prescrit. J'ai été témoin d'accidents assez graves survenus de cette façon chez un enfant soumis à l'usage de dragées contenant de la morphine. C'est pour éviter

ces accidents que dans le traitement de l'asthme et de l'épilepsie, et à plus forte raison dans celui des affections convulsives plus particulières à l'enfant : la coqueluche, les convulsions, la chorée, etc., j'ai cru devoir m'en tenir exclusivement à la prescription de granules argentés qui, par leur couleur et par leur excipient de saveur amère, ne peuvent jamais être pris pour des bonbons.

D'un autre côté, pour ne pas provoquer des effets trop violents, chacun des granules dont il s'agit ne contient qu'un demi-milligrame de valérianate d'atropine. En se bornant à l'administration d'un granule par jour, le praticien le plus timoré n'a rien à craindre de l'usage de ce remède, même chez les très-jeunes sujets. Seulement quand on donne le valérianate d'atropine à une dose aussi fractionnée, il faut tenir le malade sous l'influence continuelle du médicament. Mais comme l'habitude pourrait en annihiler l'effet sur l'économie, il ne faut pas non plus en prolonger trop l'usage. C'est pour cela que, dans but de prévenir les accès d'asthme, comme dans celui de conjurer les attaques épileptiques, je conseille depuis longtemps, et cette méthode m'a toujours réussi, d'interrompre l'emploi du remède pendant quinze jours, pour y revenir pendant le même intervalle, et cela alternativement pendant des mois et quelquefois des années. Chez les adultes, tout en se conformant à la même méthode, on peut augmenter progressivement les doses, faire prendre deux ou trois granules par jour, et plus, en se guidant sur la nature et l'intensité des phénomènes physiologiques produits, la dilatation des pupilles, la sécheresse de la bouche, le mal de tête, etc.

Que de maladies chroniques on parviendrait à améliorer considérablement et aussi souvent peut-être à guérir, si les praticiens mettaient plus de méthode, plus de précision, plus de persévérance dans l'emploi des agents médicamenteux, et si, d'une autre part, une crainte louable, sans doute, mais qu'on s'exagère, celle de donner lieu à des intoxications, chose qu'un médecin instruit et prudent peut toujours éviter; si cette crainte poussée trop loin, dis-je, n'empêchait pas encore bien des confrères de se servir du principe actif de certains végétaux héroïques!

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des kystes séreux congénitaux du cou et de leur traitement par les badigeonnages et les injections de teinture d'iode.

Les kystes séreux s'observent principalement dans deux points bien distincts de la région cervicale : en avant et en bas, au-devant

du larynx, puis en haut et sur les parties latérales, dans l'angle formé par la base de la mâchoire et le tiers supérieur du muscle sterno-mastoïdien. Les premiers ont été étudiés avec soin depuis la publication du Mémoire de M. Mannoir, de Genève ; quant aux seconds, leur histoire n'a pas encore été tentée, et le moment approche où les matériaux seront assez complets pour permettre d'aborder avec fruit ce sujet intéressant.

Quelques observations empruntées aux cliniques de Dupuytren et de Delpech, que l'on trouve consignées dans les annales de la science, appartiennent à cette sorte de kyste ; mais le fait qui caractérise spécialement ces tumeurs, leur congénialité, a échappé à la sagacité de ces cliniciens. Delpech note cependant que le kyste qu'il a opéré remontait à la première enfance du malade, et qu'elle avait été prise alors pour un ganglion sous-maxillaire engorgé. C'est à un médecin anglais, M. César Hawkins, que revient le mérite d'avoir signalé cette notion importante. Son mémoire, intitulé : *Sur une forme particulière de tumeur congénitale du cou*, parut en 1839 dans les Transactions médico-chirurgicales de Londres.

Les trois faits qu'il avait observés ne pouvaient lui permettre de tracer une histoire complète des kystes de la région sus-hyoïdienne ; cependant il en a fourni les deux caractères principaux, car, outre leur développement pendant la vie intra-utérine, M. Hawkins a signalé encore que les tumeurs de cette région étaient constituées par une conglomération de kystes plus souvent que par une poche unique : particularité importante au point de vue de l'intervention thérapeutique.

L'identité de nature des kystes, quelle que soit la région du corps où ils se développent, a fait négliger à tort l'étude des particularités qu'ils présentent dans chacune d'elles ; nous en trouvons une preuve dans l'histoire des kystes du cou. Tandis que ceux de la région antérieure se manifestent seulement bien des années après la naissance de l'enfant, ceux de la région sous-maxillaire ont souvent acquis au moment de l'accouchement un volume énorme. Ainsi sur dix cas dans lesquels les dimensions de la tumeur sont notées, nous trouvons que cinq fois elles égalaient le volume de la tête même de l'enfant : une seule fois elles étaient doubles, et, dans ce cas, les efforts que fit la sage-femme pour achever l'accouchement rompirent les parois de la tumeur ; dans les autres faits le volume de la tumeur est comparé à celui d'une orange (1), celui d'un œuf (2), enfin à celui d'une noix (3). Le développement hâtif de ces kystes ne peut-il pas s'expliquer par la richesse vasculaire de la région où ils se développent ?

Dans les treize cas où la région se trouve mentionnée, nous voyons la tumeur occuper six fois le côté droit, six fois le côté gauche, chez un enfant né à la Maternité de Paris, au huitième mois de la gestation, la tumeur du volume de la tête entourait les deux côtés du cou et s'étendait de la base de la mâchoire jusque sur la poitrine. Il mourut asphyxié au bout de quelques jours.

Une particularité qui tient encore à la région se manifeste lorsque ces kystes augmentent de volume; ils rencontrent là des plans musculeux qui leur offrent de la résistance et les refoulent les uns dans la bouche, sur les côtés de la base de la langue; les autres, comprimés par la partie supérieure du sterno-mastoïdien, sont projetés en arrière; enfin les derniers glissent le long de ce même muscle et descendent jusqu'à la clavicule. On verra, par les détails contenus dans l'autopsie rapportée par M. Hawkins, la disposition des kystes dans la région cervicale profonde.

Lorsque les kystes de la partie antérieure du cou se manifestent, les fonctions de la respiration sont établies, et comme le développement de la production morbide marche lentement, les modifications organiques ne font qu'apporter de la gêne au jeu de la fonction. Il n'en est plus de même pour les kystes de la région sous-maxillaire. Tant que leur volume est peu considérable, comme ils siégent dans les parties supérieures et se trouvent spécialement en rapport avec le pharynx, l'obstacle est moins direct, mais il n'en est plus de même lorsqu'ils descendent jusqu'à la clavicule. Il faut remarquer d'ailleurs que lors de la naissance, la fonction du poumon s'exerce pour la première fois, et que le moindre obstacle peut mettre en péril l'existence de l'enfant. A supposer même que le volume de la tumeur apporte seulement une gêne à la liberté de la respiration, l'observation des faits prouve qu'aussitôt la naissance l'accroissement de ces kystes marche d'une façon rapide et ne tarde pas à créer des dangers sérieux, surtout lorsque survient une phlegmasie des bronches.

Tout légitime donc une intervention active de l'art. Mais quels seront ses moyens? De même qu'on a confondu l'étude des kystes du cou, quelle que fût la région qu'ils occupaient, de même on ne s'est pas préoccupé davantage de l'âge des petits malades, et nous voyons dans les observations publiées, les chirurgiens mettre en œuvre presque indifféremment les méthodes qui, chez l'adulte, ont été couronnées de succès. En thérapeutique médicale, les expérimentateurs tiennent grand compte de cet élément d'indication : l'âge des malades; la pathologie varie pour chacun des mois à partir de la nais-

sance, puis pour chaque année. Pourquoi n'en pas faire autant en chirurgie? On n'ose exposer un nouveau-né à l'impression qui résultera de quelques gouttes d'un médicament narcotique, et on n'hésite pas à faire subir à son économie une somme considérable de traumatisme! Avant de signaler les ressources thérapeutiques que l'on mettra en œuvre avec plus de sécurité, nous voulons placer sous les yeux de nos lecteurs les trois observations qui ont servi de base au travail de M. Hawkins.

Obs. I. *Kyste congénital du cou, ponctions, frictions iodurées; guérison.* — Un enfant de huit mois environ, portant une tumeur sur le côté droit du cou, fut présenté à M. Hawkins; on lui dit qu'elle avait, au moment de la naissance, le volume à peu près d'une petite orange et qu'elle avait graduellement augmenté de volume depuis cette époque. La tumeur s'étendait depuis l'apophyse zygomatique jusqu'au cartilage cricoïde, et de l'apophyse mastoïde au menton, elle faisait une saillie de près de trois pouces en dehors, ce qui faisait paraître ce côté de la face près de deux fois aussi large que celui du côté opposé; elle s'étendait également au-dessous de la mâchoire, dans la bouche; l'enfant ne paraissait éprouver ni douleur ni inconvénient; sa santé générale était excellente.

La peau était saine et libre sur la tumeur; le tissu cellulaire sous-jacent paraissait pénétré d'une grande quantité de graisse; la surface de cette tumeur était lisse et uniforme; en pressant sa circonférence, il était évident cependant qu'il y avait plusieurs petites inégalités globuleuses, dont quelques-unes assez dures, d'une apparence solide, quatre autres sur la parotide et les glandes sous-maxillaires semblaient contenir un liquide, ce qui était d'autant plus probable que deux autres kystes s'apercevaient au-dessous de la langue, transparents comme des grenouillettes, mais renfermant un liquide d'un brun rougeâtre.

Les kystes furent ponctionnés de temps en temps, à mesure qu'ils se remplissaient, et les mêmes moyens furent employés pour d'autres, qui se développèrent à mesure que les premiers se cicatrisaient; chacun d'eux renfermait douze à quinze grammes de liquide limpide dans les uns, avec quelques traces de mucus et d'albumine, d'une couleur brunâtre dans les autres, renfermant plus de matière coagulable et ressemblant à de la gelée de groseille un peu liquide. (Frictions avec une pommade à l'iodure de potassium dans les intervalles des ponctions.)

Ce traitement fut continué pendant une année; quand la disposition à la sécrétion du liquide parut détruite et la tumeur réduite à un tiers de son volume primitif, ce qui restait présentait l'aspect d'un sac graisseux lâche, avec deux ou trois masses solides au-dessous, ressemblant à des glandes.

L'enfant fut perdu de vue pendant plusieurs années, mais la dernière fois qu'on l'examina il ne restait plus rien.

Obs. II. *Kyste congénital du cou; ponctions; résultat ignoré.* — Dans ce cas la tumeur avait le volume d'une orange, molle et élastique, pouvant se déplacer sous la peau, occupant à peu près la même place que dans l'observation précédente, c'est-à-dire en avant de l'oreille et au-dessous de la mâchoire. L'enfant, qui avait alors un an, n'en éprouvait ni douleur ni inconvénient. La peau n'était point adhérente; on aurait pu s'arrêter à l'idée d'enlever la tumeur comme si elle eût été de nature adipeuse. Cependant elle renfermait plusieurs

petits corps ronds, dont deux semblaient renfermer un liquide ; la nature des autres était douteuse.

L'un d'eux, près de la glande parotide, contenait trois drachmes d'un liquide clair, séreux ; les autres n'en laissèrent pas écouler une seule goutte après leur ponction. M. Hawkins ne revit pas le malade.

L'observation suivante va nous montrer la nature de la maladie, ainsi que les obstacles sérieux que le volume du kyste apporte aux fonctions respiratoires.

Obs. III. L'enfant qui en fait le sujet avait près de trois mois lorsque ses parents vinrent consulter pour la tumeur qu'il portait au cou. Il éprouvait de fréquents accès de suffocation, parfois il était réveillé en sursaut par le besoin de respirer, la tumeur située au côté droit du cou offrait les mêmes caractères que chez les sujets précédents. M. Hawkins reconnut également la présence de quelques kystes, le reste de la tumeur était mou et élastique, compressible comme un nævus.

Quand l'enfant criait, cette portion devenait plus tendue et plus saillante ; il existait sous la muqueuse buccale plusieurs vaisseaux variqueux, analogues à ceux qu'on observe quelquefois dans le voisinage des tumeurs sanguines.

L'enfant mourut peu de jours après, dans un accès de suffocation.

Autopsie. — La peau ayant été disséquée, on reconnut que la tumeur avait presque le volume de deux oranges, séparées par un sillon profond, dû à la pression exercée par le tendon du muscle digastrique repoussé en avant. On constata dès lors qu'il s'agissait d'une agglomération d'un grand nombre de petits kystes ; il s'en trouvait plusieurs centaines, variant en volume, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noix, étroitement réunis et formés d'une membrane fine ayant l'aspect du péritoine, couverts dans quelques parties par une couche fibreuse, donnant aux kystes l'apparence d'un péricarde épais; il était difficile d'en isoler quelques-uns sans inciser les autres. Dans beaucoup de ces kystes, il y avait un liquide transparent ; dans d'autres, le contenu était d'une teinte rougeâtre, parfois aussi foncée que celle du sang veineux, mais sans caillot ; c'était évidemment une sécrétion colorée.

La mollesse et l'élasticité de la partie saillante de la tumeur provenaient de la flaccidité de certains kystes à moitié remplis. Dans d'autres points ils étaient si distendus, au contraire, qu'on les aurait aisément pris pour des tumeurs solides ; cependant il n'y avait d'autres corps ayant ce caractère que deux ou trois petites glandes absorbantes entremêlées au kyste. La portion de tumeur voisine de l'oreille était recouverte par une couche assez épaisse formée aux dépens de la glande parotide condensée.

La glande sous-maxillaire était repoussée en dehors par d'autres kystes ; si bien qu'elle était libre sous la peau, et tous les vaisseaux et nerfs de la base de la mâchoire se trouvaient entourés par des kystes, qui étaient en quelque sorte entrelacés.

En pénétrant plus profondément on reconnut que les kystes s'étendaient le long de la partie antérieure de l'épine, derrière le pharynx et l'œsophage, quelques-uns même atteignant l'apophyse basilaire ; d'autres se portaient en bas jusque vers la sixième vertèbre cervicale, tout le long du cou, les kystes environnaient l'artère carotide, la veine jugulaire et le nerf vague, qui se trouvaient même séparés les uns des autres par de petits kystes développés dans leurs

gaînes. Aucun de ces corps n'était uni à l'œsophage et au pharynx; on ne trouva pas d'autre altération autour de la glotte qu'un léger épaississement de la membrane muqueuse.

Nous avons reproduit cette autopsie dans tous ses détails, car le fait observé par M. Hawkins nous paraît un cas type de la constitution anatomo-pathologique de ces sortes de tumeurs. Son étude, non moins que l'âge des petits malades, fera proscrire l'emploi de la plupart des moyens mis en pratique chez l'adulte.

Le diagnostic de ces kystes, lorsque leur développement n'est pas considérable, n'est pas aussi facile qu'on est porté à le supposer *à priori*. La conglomération des kystes donne à la tumeur une forme globuleuse, qui les fait ressembler à des glandes hypertrophiées. M. Hawkins ajoute que la quantité de tissu graisseux remplissant les inégalités de la tumeur et la compressibilité des petits kystes agglomérés peut faire confondre ces tumeurs avec les lipômes. Mais leur existence à la naissance, ou leur apparition dans les premiers temps de la vie, est un caractère qui servira à prévenir les erreurs à cet égard.

Les kystes congénitaux du cou sont une affection locale, qui n'exige aucune médication interne. Ils se présentent toujours indépendamment de toute autre lésion congénitale. Les moyens de traitement doivent être empruntés aux moyens topiques ou aux procédés chirurgicaux.

Les pommades iodées et iodurées, que recommande M. Hawkins, ne nous paraissent pas remplir l'indication; il n'en est pas de même des badigeonnages avec la teinture d'iode. On ne doit pas hésiter à les mettre en œuvre dès la naissance de l'enfant.

Ce médecin recommande de vider de temps en temps la tumeur par la simple piqûre d'une aiguille à acupuncture, afin d'éviter une cicatrice apparente. Lorsque le kyste fait saillie dans la bouche [1], on pratique la ponction avec la lancette; l'ouverture se ferme rapidement. L'évacuation des kystes favorisera l'action topique de la teinture d'iode.

On a recommandé l'essai de la compression, sans réfléchir que

---

[1] Les exemples de tumeurs sublinguales, publiées sous le titre de *grenouillettes énormes*, nous paraissent devoir être rangés au nombre des kystes séreux développés dans la région sous-maxillaire. C'est encore aux faits du même ordre que nous rapportons les cas de trajets fistuleux qu'on observe dans cette même région, et dont l'ouverture existe vers le bord antérieur du sterno-mastoïdien, au niveau de l'os hyoïde. Notre savant correspondant, M. Serres, d'Alais, nous a promis de nous adresser prochainement deux exemples de ces lésions, qu'il a traitées avec succès à l'aide des injections iodées.

si la nature de la tumeur l'indique, la région dans laquelle ils siégent proscrit l'emploi de ce moyen. Si son intervention était indispensable et devait durer seulement quelques jours, on pourrait y recourir, en ayant recours au collodion.

M. Evans a bien publié, en 1847, une observation de kyste sous-maxillaire, traité par le séton. La tumeur, du volume d'une petite orange à la naissance, avait acquis, au bout de l'année, le volume de la tête d'un fœtus de sept mois ; elle s'étendait de la branche du maxillaire inférieur à la clavicule ; elle fut traversée par une aiguille à séton, garnie de cinq ou six fils de soie. Mais la guérison fut achetée au prix d'accidents assez graves pour qu'on doive renoncer à répéter sa tentative. Le traitement n'a pas duré moins de six mois.

M. Roux, de Brignolles, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine en 1835, rapporte le cas d'un enfant de trois mois, chez lequel la tumeur congénitale s'étendait du lobule de l'oreille jusqu'à la clavicule. Les accidents réclamant l'intervention de l'art, le chirurgien eut recours à l'incision et a provoqué successivement la suppuration des deux kystes, par l'introduction journalière dans la cavité séreuse d'une mèche et d'attouchements avec le crayon de nitrate d'argent. Les accidents furent sérieux, mais l'enfant guérit.

M. Hawkins, comme nous, repousse l'incision, l'excision et l'ablation de ces sortes de kystes, et fournit, comme preuve, un fait de la pratique de M. Arnold. La tumeur était située derrière le sterno-mastoïdien ; après l'avoir incisée deux fois, l'ablation lui paraissant facile, le chirurgien voulut y procéder à l'âge de cinq mois. La tumeur, qui lui avait semblé constituée par un corps globuleux, était une agglomération d'une multitude de petits kystes qu'il fallut suivre sous le sterno-mastoïdien et la carotide jusque derrière le pharynx. Arrivé là, il fallut renoncer à poursuivre l'opération ; et l'ablation totale se trouvant impossible, ce chirurgien plaça une ligature autour de la partie profonde. Trois mois après le fil n'était pas tombé. Pendant ce temps, l'enfant eut de fréquents érysipèles ; il finit cependant par guérir à la longue.

Les résultats furent moins heureux dans les observations publiées par M. Gille : les deux enfants sur lesquels M. Wützer tenta l'excision d'une partie des parois du kyste succombèrent. Il en fut de même dans un cas où M. Nélaton eut recours à ce procédé.

Parmi les méthodes appliquées aux kystes de la partie antérieure du cou chez l'adulte, une d'elles méritait de ne pas être oubliée, et précisément c'est la seule que nous ne trouvions pas signalée dans les moyens que M. Roux, de Brignolles, rappelle dans son mémoire.

Les mauvais résultats que son emploi a fournis entre les mains de M. Maunoir ne légitiment pas son rejet et la proscription du liquide dont le chirurgien a fait choix, le vin chaud, ne devait pas entraîner la déchéance de la méthode, ainsi que l'a fait observer avec juste raison M. Voillemier. Ce chirurgien, dans sa thèse de concours pour la chaire de clinique vacante à la Faculté de médecine, a été conduit à apprécier les ressources de la thérapeutique dans les kystes du cou et s'exprime ainsi sur la valeur des injections iodées :

« Dans le traitement de ces kystes par la ponction, l'incision, le séton, la grande difficulté est de déterminer dans la poche de la tumeur une inflammation assez intense pour qu'elle suppure, et non assez forte pour s'étendre aux parties voisines et déterminer des accidents. Avec les injections, il y a une difficulté de plus : il faut également enflammer la poche, mais il ne faut pas qu'elle suppure. Ainsi vous avez à éviter, comme dans les autres méthodes que nous venons d'indiquer, une inflammation qui s'étende au dehors du kyste, mais encore une inflammation qui, faisant suppurer le sac, déterminerait un abcès. Limiter l'inflammation au sac, la porter à un degré suffisant pour enflammer sa surface interne de manière à produire une exsudation plastique, et non une sécrétion purulente, telle est la tâche à remplir. Avec les injections iodées, vous n'avez plus, comme avec le vin, cette chaleur énorme dont vous ne pouvez point calculer l'action dans une vaste poche qui enveloppe tous les organes du cou. Leur action est limitée aux parties qu'elles touchent. Si vous avez à traiter un kyste à parois épaisses, et qu'on ait besoin d'une inflammation assez forte, vous ne pourrez augmenter l'action du vin que d'une manière incertaine, en y ajoutant de l'alcool ou en augmentant sa chaleur, tandis que vous pouvez graduer avec précision la force des injections iodées.

« Vous pouvez encore laisser le vin séjourner plus longtemps dans le kyste, mais vous prolongez l'action fâcheuse de la chaleur ; en laissant séjourner les injections iodées dans le sac, vous permettez seulement au liquide de pénétrer un peu plus avant dans les tissus. Avec les deux sortes d'injections, vous pourriez déterminer une inflammation trop vive, mais avec l'iode vous n'aurez d'inflammation que celle qui se développera autour de la partie attaquée par l'injection, tandis qu'avec le vin vous avez celle-là et la congestion phlegmasique considérable que la chaleur va développer sur tous les points à la fois. Ainsi avec les injections iodées, vous limitez, autant que cela est possible, l'inflammation au sac ; bien plus, avec la possibilité de graduer leur force, vous pourrez, pour ainsi dire, gra-

duer l'inflammation elle-même. Nous n'ignorons pas qu'en dehors de ce que nous savons de la structure des tissus, de leur résistance à l'inflammation, de l'action de nos topiques, il existe encore un inconnu, mais cet inconnu n'existe pas moins pour les injections vineuses.

« Maintenant viennent les faits, non plus seulement pour savoir si, rejetant les injections vineuses, on doit conserver les injections iodées, mais pour apprécier leur valeur comparée à celle des autres méthodes. En consultant les cas de kystes du cou traités par les injections iodées, nous voyons qu'elles ne déterminent pas de douleurs au moment de l'opération ou que la douleur est très-légère ; que la réaction générale manque souvent ou que si elle existe, au moment où un travail inflammatoire se développe dans le sac, elle est peu marquée ; puis le kyste qui a repris son volume diminue peu à peu, et après un temps variable, mais toujours assez long, on retrouve à peine quelques tracés de la tumeur. Chez deux jeunes dames que j'ai traitées par les injections iodées, et dont l'une a été examinée par M. Tardieu, les choses se sont passées aussi simplement. Nous devons dire de suite que dans ces deux cas il s'agissait de kystes séreux, l'un du volume d'une forte noix, l'autre de la grosseur d'une petite orange, ayant tous les deux une enveloppe peu épaisse, c'est-à-dire dans des conditions assez heureuses. »

Les deux cas d'injections iodées dont parle M. Voillemier sont probablement des faits de kystes de la partie antérieure du cou ; d'ailleurs ces injections ont été pratiqués à l'âge adulte. Il n'en est pas de même dans les deux observations suivantes, que nous empruntons à un intéressant mémoire lu à l'Académie de médecine, il y a quelques mois, par M. Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon.

Obs. IV. *Kyste congénial du cou chez un enfant de huit jours. — Injection iodée. — Guérison.* — L'enfant Louis Garodi, de la Seyne (Var), présente en naissant une tumeur si volumineuse au cou, que les parents et les assistants croient à un monstre à deux têtes, tandis qu'un médecin la prend pour une production érectile.

Les deux grand'mères de l'enfant le portent dans mon cabinet, sept jours après la naissance, et je reconnais ce qui suit :

La tumeur, située au côté gauche du cou, a le volume de la tête d'un fœtus à terme ; elle s'étend en avant, de la ligne médiane jusqu'à la nuque, tandis que limitée en haut par la portion horizontale du maxillaire inférieur, elle descend jusqu'à l'acromion. Cette tumeur saillante, sans changement de coloration de la peau qui la recouvre, est compressible, fluctuante, transparente dans sa partie supérieure. A l'aide d'une sorte de dissection sous-cutanée, on reconnaît qu'elle est bossuée à sa base et bilobée à sa partie supérieure et externe, et que le sillon

qui la divise en ce point est dû à une bride fibro-graisseuse. Elle repose évidemment sur les parties profondes du cou, la trachée-artère, le pharynx, les vaisseaux, les nerfs, etc. Elle gêne les mouvements de la tette; indolore à la pression, elle se gonfle considérablement quand l'enfant crie, quand il tette ; alors la face rougit outre mesure et la respiration s'embarrasse. D'ailleurs le nouveau-né est bel enfant et bien constitué. Les parents affirment que la tumeur grossit chaque jour.

Le lendemain, 3 janvier 1856, je pratique l'opération suivante, en présence de mon collègue et ami, M. le docteur Martinenq.

L'enfant convenablement assujetti, je fis à la peau de la partie antérieure et moyenne du cou, vers le bord externe du muscle sterno-mastoïdien, un pli que je traversai à sa base avec une sonde cannelée en fer de lance, qui pénétra dans la tumeur jusqu'à la nuque, sans y entamer le tégument. Je glissai rapidement dans la cannelure un ténotome mousse et délié, que je portai dans diverses directions, afin d'ouvrir le plus de poches possibles dans ce kyste multiloculaire, sans courir risque cependant d'intéresser les gros vaisseaux. Durant cette manœuvre, et après la sortie du tétonome, il s'échappa par l'ouverture unique de la tumeur et par la cannelure de la sonde, restée à demeure, environ 100 grammes de sérosité filante, légèrement colorée par le sang.

La tumeur s'affaissa beaucoup et devint pâteuse, mais le cou ne reprit qu'incomplétement sa forme. L'exploration des éléments du cou, rendue plus facile ne fit pas reconnaître d'autre kyste.

La canule d'une seringue remplie du mélange suivant :

Eau distillée	50	grammes.
Teinture d'iode	50	—
Iodure potassique	2	—

Une fois introduite dans la tumeur, la sonde cannelée fut retirée, et le liquide injecté distendit la poche séreuse. Il y fut maintenu cinq minutes, et la moitié seulement en fut aisément chassée par de douces pressions. Un carré de taffetas gommé, une compresse et deux tours de bandes composèrent le pansement.

La douleur fut assez vive, à en juger par les cris de l'enfant ; mais elle ne fut pas de longue durée, car il prit le sein et s'endormit peu après. La journée fut bonne, mais le soir le kyste commença à se distendre ; la nuit fut agitée.

Les jours suivants, la tumeur augmenta de volume, sans atteindre pourtant ses dimensions primitives ; il y eut de l'agitation, de la fièvre (cataplasmes émollients); le calme se rétablit bientôt.

Le 6 février, je revis le malade ; il n'y avait plus de traces de poche et de liquide ; à la place du kyste existait une tumeur dure, de la grosseur d'une noix, mobile, indolore, sans coloration de la peau, composée sans doute des parois rétractées des kystes primitifs, dont le pédicule commun paraissait s'insérer sur les gros vaisseaux.

Aujourd'hui, 4 août, six mois après l'opération, voici ce que M. Martinenq m'écrit :

« Je viens de voir l'enfant Garodi et puis vous assurer, qu'à part un peu de laxité dans les téguments du côté où existait la tumeur, il ne reste aucune trace du mal et de l'opération. L'enfant joyeux, bien portant, tient son cou droit comme un I ; c'est un beau et bien satisfaisant résultat. »

Obs. V. *Kyste congénital du cou chez un enfant de quinze mois. — Injection iodée. — Guérison.* — Ganborazzi (Suzanne), dont les parents habitent un faubourg de Toulon, portait depuis sa naissance, au côté gauche du cou, une tu-

meur qui, deux mois après, avait beaucoup augmenté de volume et n'avait cessé de faire des progrès jusqu'au moment où elle nous fut apportée. L'enfant, doué de beaucoup d'embonpoint et très-beau du reste, présente au côté gauche du cou, de la ligne médiane du sternum à celle de l'occipital et de la base du maxillaire inférieur à l'acromion, une tumeur très-étendue, saillante, indolore, fluctuante, transparente, sans changement de couleur à la peau. On y distingue par le toucher au moins deux loges, dont la plus inférieure, située sur l'acromion, est plus dure, plus résistante que l'autre. L'enfant, maintenant âgée de quinze mois, est sevrée depuis deux.

Les mouvements du cou sont gênés, et les parents déclarent que l'enfant est souvent pris de suffocation, la nuit surtout.

Le 17 mai 1856, je fis la ponction sous-cutanée, l'incision des cloisons de plusieurs kystes, l'injection iodée, comme je l'ai indiquée dans la précédente observation.

Cette opération offrit les particularités suivantes :

La ponction sous-cutanée fut pratiquée en arrière du cou ; elle donna issue à un liquide brunâtre abondant. Reconnaissant alors à travers la tumeur flasque, mais encore volumineuse, que le kyste sus-acromien était resté intact, je l'incisai largement avec le ténotome laissé dans la poche primitive, et il s'écoula en assez grande quantité un liquide presque analogue au sang veineux. Après l'injection, les pressions réitérées no parvinrent à faire sortir que le quart environ du liquide injecté.

L'enfant n'avait poussé que des cris modérés, et s'était consolée bientôt quand elle s'était vue seule.

Le soir, la tumeur dut beaucoup augmenter de volume et exercer une certaine compression sur les organes si délicats du cou, puisque les parents me firent dire que l'enfant avait beaucoup de fièvre, de l'agitation et que sa respiration était gênée, phénomènes dus en partie sans doute à l'absorption de l'iode. Je me disposais à aller voir la malade et à ponctionner le kyste pour en diminuer la tension par la sortie d'une partie de son liquide, lorsqu'on vint me dire que l'évacuation s'était faite spontanément, à travers l'ouverture de l'opération.

Le 22, on l'amena chez moi ; elle était gaie, convenablement colorée ; elle avait mangé avec plaisir. A plusieurs reprises, la tumeur s'était en partie vidée ; son volume était moindre, il n'y avait pas do rougeur ; la pression paraissait douloureuse.

Je ne revis plus l'opérée que le 14 juillet. Le kyste, qui a beaucoup diminué, est encore cependant de la grosseur d'un œuf ; on y perçoit une fluctuation obscure, et les doigts peuvent suivre son pédicule jusque sur la partie antérieure des vertèbres cervicales.

Trois mois après l'opération, j'ai revu la petite Suzanne, qui est douée d'une santé parfaite. Le kyste a disparu ; à sa place est une tumeur dure qui ne fait qu'un faible relief au-dessous de la peau, qui est ridée ; le cou a sa rectitude et ses mouvements naturels.

Ces deux beaux faits de M. J. Roux ne laissent aucun doute sur l'efficacité de la méthode ; mais les injections iodées appliquées aux kystes du cou, sur une très-jeune enfant, ne constituent pas un moyen assez innocent pour que nous acceptions le conseil qu'il donne de pratiquer des incisions dans l'intérieur du kyste. Aucune des

recherches nécroscopiques ne signale l'existence de kystes aréolaires, et même multiloculaires. Les tumeurs qui embrassent toute l'étendue du cou sont constituées toujours de deux ou trois kystes d'un volume considérable, quelquefois communiquant entre eux, mais le plus souvent isolés. Cette disposition anatomique est même une condition favorable, puisqu'elle permet de limiter l'action traumatique à l'injection d'un seul kyste. Lorsque la tumeur est constituée par un kyste unique, comme il est très-volumineux, mieux vaut, dans ce cas, faire précéder les injections iodées d'une ou de plusieurs ponctions, afin de permettre le retrait de la poche. On pourrait même aider ce mouvement de retrait par une douce compression, et ce serait le cas d'expérimenter la valeur du collodion, car si son action était efficace, on n'aurait plus alors à traiter qu'un kyste d'un volume médiocre.

La maladie, grave par elle-même, l'est encore par l'opération qu'elle réclame, et surtout par l'âge des petits malades. Dans de telles circonstances, le chirurgien ne saurait agir avec trop de prudence. Il doit donc débuter par l'emploi des badigeonnages de teinture d'iode, sauf à assurer leur efficacité, si elle tarde trop à se manifester, par la ponction du kyste. Les faits de guérisons de kystes de la région poplitée et de la région inguinale, que nous avons obtenus à l'aide de l'action topique de la teinture, nous engagent à placer le badigeonnage en première ligne. Les cas de kystes ovariques guéris à la suite d'une simple ponction sont aujourd'hui trop nombreux pour qu'on ait besoin de recommander également l'essai de ce moyen. L'innocuité de son action traumatique est complète dans la région cervicale, pas de séreuse à traverser et les vaisseaux artériels importants sont situés en arrière de la poche kystique. La position superficielle de la tumeur permet de pratiquer cette ponction à l'aide de ces aiguilles-trocarts fabriquées pour l'injection des liquides coagulants à l'intérieur des vaisseaux.

Avant même de recourir au procédé ordinaire d'injections, si nous avions à traiter un kyste séreux du cou, nous n'hésiterions pas à imiter la pratique de M. Teissier, de Lyon, dans les cas d'ascite; c'est-à-dire que nous commencerions par vider à moitié la tumeur, puis nous y introduirions, à l'aide de la seringue d'Anel, quelques grammes de la solution Guibourt. La sérosité restante servirait à étendre cette solution de teinture d'iode iodurée, et le topique médicamenteux serait mis en contact avec tous les points des parois par la malaxation de la tumeur. Si la réaction inflammatoire se manifestait d'une manière trop énergique, l'innocuité de la ponction et

la facilité de sa mise en œuvre viendrait y mettre un terme en vidant en partie la tumeur. L'action curative doit avoir pour but de transformer les parois séreuses en membrane celluleuse, en les faisant passer par l'inflammation pseudo-membraneuse; or, la présence prolongée de l'irritant spécial au sein de la cavité morbide n'est-il pas destiné à assurer le résultat. Les bons résultats de cette pratique dans les mains de M. Teissier nous porte à ne pas hésiter à provoquer l'essai d'un mode d'injection, qui est toléré par la péritoine, membrane autrement susceptible que les parois kystiques.

Enfin, restera comme dernière ressource l'injection pratiquée par le procédé ordinaire, c'est-à-dire après avoir vidé complétement le kyste. Les faits produits par M. J. Roux ne laissent aucun doute sur l'efficacité du moyen; l'âge des petits malades seul nous porte à émettre quelque réserve à l'égard de l'époque de sa mise en œuvre.

D.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur les sirops d'aconit, de belladone, de ciguë, de digitale, de jusquiame et de stramonium,

Par M. L. Martin, pharmacien.

Les extraits, malgré les nombreuses améliorations introduites dans leur mode de préparation, laissent encore beaucoup à désirer. L'on peut même dire, sans exagération, que le même extrait pris dans des officines différentes est loin d'être identique. Cela tient à des causes que nous n'entreprendrons pas d'énumérer, notre but étant uniquement de rappeler un fait bien connu des praticiens.

Pourquoi ne pas remplacer certaines préparations dont l'effet peut ne pas être constant, par d'autres qui offriront toujours aux médecins un médicament sur lequel ils puissent compter ?

A ce titre, je crois qu'on devrait donner à l'emploi des alcoolatures une plus grande extension. Ces préparations officinales, introduites par M. Lombard, de Genève, et si heureusement utilisées pour la préparation des saccharures par M. Beral, présentent des avantages qu'on devrait ne pas négliger. Il suffit de revenir sur leur mode de préparation pour reconnaître que leur composition, en étant toujours la même, offre un médicament d'une conservation facile et d'une action puissante. Pourquoi ne pas les substituer aux extraits dans tous les cas où il est possible de le faire?

Ainsi, à notre avis, il serait avantageux de remplacer l'extrait,

dans les sirops d'aconit, de belladone, de ciguë, de digitale, de jusquiame, de stramonium, par l'alcoolature.

Comme on le voit, je ne signale ici que des plantes actives. Ce sont, jusqu'à présent, les seules alcoolatures à peu près employées.

La quantité de matière extractive qu'elles contiennent a dû être recherchée pour pouvoir les doser; le résultat obtenu est le suivant :

100,00	d'alcoolature	d'aconit	représentant	4,00	de principes extractifs.
100,00	—	de belladone	—	3,00	—
100,00	—	de ciguë	—	4,00	—
100,00	—	de digitale	—	3,00	—
100,00	—	de jusquiame	—	3,00	—
100,00	—	de stramonium	—	4,00	—

Les alcoolatures ainsi dosées nous serviront à la préparation des sirops, qui auront pour formules les suivantes :

Sirop d'aconit napel.

Sirop simple	575,00
Alcoolature d'aconit	25,00
M.	600,00

Sirop de belladone.

Sirop simple	425,00
Alcoolature de belladone	25,00
M.	450,00

Sirop de ciguë.

Sirop simple	575,00
Alcoolature de ciguë	25,00
M.	600,00

Sirop de digitale.

Sirop simple	425,00
Alcoolature de digitale	25,00
M.	450,00

Sirop de jusquiame.

Sirop simple	425,00
Alcoolature de jusquiame	25,00
M.	450,00

Sirop de stramonium (datura).

Sirop simple	575,00
Alcoolature de stramonium	25,00
M.	600,00

Tous ces sirops contiennent 0,05 d'extrait (obtenu par l'évaporation de l'alcoolature) par 30,00.

Ils réunissent, à l'avantage d'une prompte exécution, ceux d'une préparation qui serait toujours identique et d'une conservation facile.

La pharmacie doit tendre, non pas à augmenter le nombre des formules déjà trop nombreuses, mais à les réduire et à ne conserver que celles qui ont une action réelle.

C'est pour ce motif que je ne donne pas les noms de *sirops d'alcoolatures* aux formules ci-dessus. Il ne devrait y avoir qu'un seul sirop d'aconit, de belladone, etc..., et ces sirops, au lieu de se préparer comme on l'a fait jusqu'à présent avec les extraits, se prépareraient avec les alcoolatures.

Sirop de goudron sulfuré.

Plusieurs médecins nous ont prié de leur préparer un sirop de goudron sulfuré qu'ils désiraient employer dans les affections catar-

rhales, pulmonaires et vésicales, nous l'avons fait de la manière suivante :

Eau minérale naturelle d'Enghien.	375 grammes.
Eau fortement chargée des principes solubles du goudron et filtrée.	125 grammes.
Sucre blanc en poudre grossière.	1 kilogram.

On met ces trois substances dans un flacon en verre bouché à l'émeri ; on l'agite de temps en temps jusqu'à ce que tout le sucre soit fondu ; on le laisse déposer ; on le divise ensuite en flacons de 125 grammes chaque.

La viscosité de cette préparation est assez grande pour empêcher le gaz hydrogène sulfuré qu'elle contient de s'échapper complétement.

Le sirop de goudron sulfuré se prend par cuillerées à bouche, pur ou délayé dans une boisson appropriée ; autant que possible, il faut le boire froid. Stan. Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouveaux faits à l'appui de l'emploi du lupulin dans la spermatorrhée.

Dans ces derniers temps, on a beaucoup crié contre l'*empirisme*, et l'on a eu raison, en tant que cette expression serait synonyme de *routine*, d'une routine irréfléchie et aveugle ; mais en est-il ainsi de cet empirisme sage et éclairé que la science va rationalisant de plus en plus, et dans lequel la pratique puise, chaque jour, de si utiles leçons ?

Aujourd'hui on veut savoir tout, on veut tout expliquer. Ce but est louable, sans doute ; mais encore, les efforts de l'intelligence humaine doivent-ils avoir des règles, j'allais presque dire des limites.

En thérapeutique surtout, le vrai progrès consiste bien moins à inventer qu'à apprécier, qu'à bien juger, qu'à appliquer à propos. Or, le praticien qui n'ignore point que la nature a des ressources à elle, tant dans les maladies aiguës que lorsqu'il s'agit de modifier l'état chronique, pour suspendre, pour arrêter la marche d'une lésion organique jugée incurable, pour suppléer un appareil incomplet, et même un organe *tronqué*, à la grande surprise du statisticien et de l'anatomo-pathologiste les plus habiles, le praticien, dis-je, accepte et applique, dans l'occasion, tel remède dont l'expérience a

démontré l'efficacité, alors même que l'analyse chimique n'en a point encore indiqué les principes constituants.

Disons, à ce sujet, un mot sur l'emploi du lupulin, dans le traitement de la spermatorrhée.

Laissant à d'autres le soin d'énumérer les divers moyens qui ont été mis en usage pour combattre cette grave affection (y compris la cautérisation de la portion prostatique du canal de l'urètre, que nous avons vu employer si souvent par un de nos anciens maîtres (Lallemand), nous nous bornerons à mentionner les résultats que nous avons obtenus de l'emploi du lupulin, après avoir lu les deux intéressants articles de M. Debout. (*Bulletin*, t. XLIV, p. 289 et 385.)

Voici dans quelles circonstances nous avons eu recours à ce médicament auquel on attribuait, il y a quelques années, une action spéciale sur le système cérébro-spinal.

Obs. I. Vers la mi-décembre 1855, le jeune P., âgé de vingt-huit ans, doué d'un tempérament nerveux et lymphatique, et d'une constitution assez grêle, affineur de draps, vient réclamer nos conseils et nous raconte les faits suivants. Il s'est adonné de bonne heure (treize ans), et avec excès, à la masturbation; à vingt-deux ans il aurait contracté une blennorrhagie, qui aurait été traitée *pendant deux années consécutives*. Au bout de ce temps, un pharmacien lui aurait dit qu'on traitait pour une blennorrhagie ce qui n'était autre chose que des *pertes séminales*. Le sperme, en effet, s'échappait déjà involontairement, non-seulement durant le sommeil, mais encore pendant le jour, à la suite du plus léger frottement, de la moindre excitation, et surtout pendant les efforts de la défécation. — P. ajoute que ses forces vont diminuant de jour en jour, qu'il maigrit à vue d'œil, que déjà il ne peut plus se livrer au travail même le plus léger; que son caractère, naturellement timide, a pris une teinte de tristesse et de morosité qui le porte à fuir même ses camarades.

Notez que déjà l'éjaculation se produit sans érection et sans plaisir, que le malade n'en est plus réveillé, tandis que durant le jour il éprouve immédiatement après une sensation d'affaissement, laquelle irradie dans la région lombaire et amène un trouble cérébral accablant. Il existe un affaiblissement notable de la mémoire, de fréquents étourdissements, une constipation opiniâtre; le sommeil est agité, la faiblesse générale est extrême : amaigrissement très-sensible, etc. Cet ouvrier, qui ne manquerait point d'intelligence, porte sur son état un pronostic assez juste.

Nous prescrivons 8 grammes de lupulin, en seize prises, 0,50,

matin et soir. Au bout de ces premiers huit jours, P. nous assure qu'il se trouve déjà mieux ; mais, sans trop nous arrêter à ce que nous prenons pour un simple désir de sa part, nous insistons pour que le malade continue l'usage du remède. — 12 grammes en seize paquets pour huit jours. Mais, à notre grande surprise, le mieux est réellement sensible, à la suite de cette dose. Il n'y a plus eu de pollutions depuis dix jours. — 15 grammes de lupulin en quinze paquets. — Le mieux se soutient ; les forces reviennent d'une manière sensible. P. travaille avec sa gaieté primitive ; enfin, au bout de six mois, il va occuper un poste de contre-maître dans un département voisin.

Le 11 août dernier, P. nous écrivait : « Depuis que j'ai pris le lupulin, je n'éprouve plus de pollutions nocturnes, mais il m'arrive quelquefois d'en avoir dans le jour, si je reste quelque temps auprès d'une femme. »

Nous avons revu cet ouvrier dans les premiers jours de novembre et nous l'avons trouvé dans de bonnes conditions de santé ; il nous a répété ce qu'il nous avait dit dans sa lettre, au sujet de sa disposition à éprouver une pollution lorsqu'il se trouve à côté d'une femme.

Obs. II. Au mois de mars 1854, le sujet de l'observation qui précède amène chez nous un de ses amis, S., ouvrier teinturier, âgé de vingt-deux ans, lymphatique, nerveux, doué d'une constitution très-frêle, et sujet à contracter fréquemment des *rhumes*.

Il s'est adonné de bonne heure (à onze ans) et sans mesure à la masturbation, habitude dont les effets ont ruiné ce faible organisme, soit au physique, soit au moral, au point que cet infortuné n'offre plus que l'aspect d'un cadavre ambulant. Cet ouvrier n'a jamais eu de maladie vénérienne ; mais depuis quatre à cinq ans l'éjaculation du sperme ne produit plus chez lui d'autre sensation qu'un surcroît d'affaissement ; l'érection est devenue impossible, sauf quelquefois le matin, à l'heure du réveil. Il ne peut ni travailler, ni presque marcher ; il est placé d'ailleurs dans de mauvaises conditions hygiéniques, ses parents étant dans la plus grande détresse. Son ami P. vent payer pour lui, au moins les médicaments qui seront jugés nécessaires. Nous prescrivons 4 grammes de lupulin en huit doses, deux par jour. Au bout de quatre jours, rien de nouveau ; 12 grammes de lupulin en seize paquets pour huit jours.

Mais après *cette faible dose* le mieux se manifeste, et il se soutient même pendant près de deux mois, époque à laquelle nous perdons le malade de vue. Non-seulement les pollutions diurnes et noc-

turnes avaient disparu, mais encore les forces avaient-elles déjà permis à S.... de reprendre son travail et de le continuer durant l'été suivant. Lorsque nous avons voulu prendre des renseignements sur le compte de ce malheureux ouvrier, nous avons appris qu'il était mort *phthisique*, à l'hôpital, dans les premiers mois de cette année.

Obs. III. C..., garçon confiseur, âgé de vingt et un ans, doué d'un tempérament lymphatique et sanguin, et d'une assez bonne constitution, nous consulte, au mois de juillet 1855, pour des *pertes séminales*, qui, depuis quinze mois environ deviennent, au dire du malade, et plus fréquentes et plus énervantes. Depuis l'âge de la puberté il s'était livré, sans trop de ménagement, aux habitudes solitaires. Les pollutions nocturnes, qui étaient déjà fréquentes de seize à dix-huit ans, se sont produites durant le jour depuis cette dernière époque, mais c'est principalement depuis une quinzaine de mois que le mal revêt un caractère plus grave; il y a, terme moyen, de trois à quatre pollutions dans les vingt-quatre heures, la plupart du temps sans érection, mais avec douleur dans le canal de l'urètre, sans parler de la portion de sperme qui s'échappe pendant la défécation : sentiment de faiblesse générale qui va croissant de jour en jour; symptômes de gastralgie avec dyspepsie ; constipation opiniâtre; douleurs erratiques au tronc et dans les membres supérieurs; grande faiblesse dans les extrémités inférieures; bourdonnements d'oreilles; sommeil très-léger et insuffisant; tristesse; découragement; une sorte d'ennui et d'accablement indéfinissables; amaigrissement. — Nous prescrivons :

3 grammes de lupulin, en six paquets, pour trois jours ;

4 grammes, en six paquets, pour les trois jours suivants ;

6 grammes, en six paquets, pour trois autres jours.

Mais, dès cette époque, le malade a été cinq jours consécutifs sans éprouver une seule fois des pertes séminales.

12 grammes, pour huit paquets, dans l'intervalle de ces quatre jours;

Le malade éprouve deux pollutions dans la même nuit.

30 grammes de lupulin, en vingt paquets, pour dix jours.

Après cette dose de lupulin, C... se trouve mieux, non-seulement à cause de la cessation de ses *pertes séminales*, mais surtout parce que son appétit et ses forces ont reparu, et que ce mieux s'est soutenu jusqu'à ce jour.

Faut-il conclure de ces faits que le *lupulin* guérit toujours la spermatorrhée? Nullement, répondront avec *raison* les praticiens

qui ont lu dans le livre de la nature l'histoire de l'homme sain, et surtout de l'homme malade.

Aussi livrons-nous ces faits sans commentaires aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, persuadé d'ailleurs que le rédacteur en chef de cet intéressant recueil poursuivra l'exécution de l'œuvre qu'il a si bien commencée déjà, en exposant et en coordonnant les faits connus, pour déduire de ces derniers, avec sa perspicacité accoutumée, les conséquences les plus utiles pour la pratique.

PRIVAT, D.-M.,
à Bédarieux.

Note complémentaire sur le bittéra.

Au moment où s'achevait la publication de notre mémoire sur le bittéra, de nouveaux renseignements qui nous sont fournis par M. Girardias modifient les premiers documents relatifs à l'origine botanique de ce produit et à son principe amer cristallin.

L'arbre décrit par M. Belanger, sous le nom de *bittera febrifuga*, ne paraît pas exclusivement fixé à Saint-Martin ; on le trouve à la Martinique, et l'on pense qu'il existe également sur d'autres Antilles, ou même sur le continent américain ; sa description, telle que nous l'avons transcrite, doit être modifiée en plusieurs points ; il paraît enfin qu'il appartient à la famille des rutacées.

La bittérine offre les plus grandes analogies avec le principe amer retiré du *quassia amara*, par Viggers, nommé par ce chimiste *quassit*, et plus communément désigné sous le nom de *quassine* ; peut-être même y aurait-il identité.

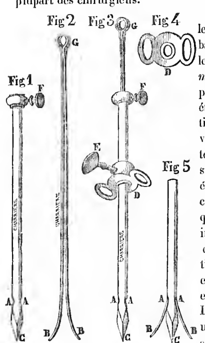
Or, si, comme on le dit, la quassine est un principe commun aux plantes de la tribu des simaroubées, famille des rutacées, la composition chimique viendrait, avec les caractères botaniques mieux observés, justifier le placement du bittéra dans cette famille, où il formerait un nouveau genre.

Nous ne tarderons pas sans doute à être fixés sur ces points douteux, et nous le désirons, car la thérapeutique tient à savoir au juste la provenance, et au moins le nom de ce qu'elle emploie ; bittérine ou quassine, peu importe, pourvu que la chose ait une valeur attestée par des expériences sérieuses. J. DELIOUX.

BULLETIN DES HOPITAUX.

CORPS ÉTRANGERS DE L'ARTICULATION DU GENOU ; EMPLOI DE LA MÉTHODE DU BROIEMENT ; GUÉRISON. — On sait les nombreuses opé-

rations qui ont été proposées pour débarrasser les malades des corps étrangers articulaires. De ces opérations, la méthode de M. Goyrand est certainement celle qui en principe offre le plus de garanties à l'opéré et à l'opérateur. Faire passer le corps étranger dans le tissu cellulaire après avoir incisé la capsule avec un long bistouri glissé à plat sous la peau est sans contredit le meilleur moyen de mettre le malade à l'abri des conséquences fâcheuses possibles de l'ouverture de l'articulation; malheureusement il est une circonstance qui peut offrir la plus grande difficulté, qui peut même empêcher le chirurgien de terminer l'opération, c'est que le corps étranger ne peut pas toujours franchir la synoviale une fois qu'elle est ouverte. Il est encore dans l'opération de M. Goyrand une seconde partie qui n'est pas sans danger, c'est l'extraction faite plusieurs jours après l'incision de la capsule, et c'est à la supprimer que se sont exercés plupart des chirurgiens.



La méthode qu'emploie M. le professeur Jobert de Lamballe, et à laquelle il a donné le nom de *méthode du broiement*, est des plus ingénieuses, puisqu'elle consiste, le corps étranger retiré de l'articulation, à aller le diviser en divers sens, à l'aide d'un bistouri étroit et fort; et pour assurer l'immobilité du corps étranger, M. Jobert a fait construire un petit instrument qu'il appelle trident et qu'il implante solidement dans le corps étranger. Une tuméfaction légère suit ce broiement, et le corps étranger est résorbé en deux, quatre ou six mois. Les deux faits suivants viennent de nouveau à l'appui de cette méthode.

Cet instrument se compose, ainsi que le montrent les figures ci-dessus, d'une canule creuse (*fig.* 1) terminée par un fer de lance C, au-dessus duquel se trouvent deux ouvertures AA communiquant avec l'intérieur de la canule, et donnant passage à une double tige d'acier (*fig.* 2) qui, lorsqu'elles sont développées (*fig.* 5), donnent à cet instrument la forme exacte d'un trident. La disposition de cette extrémité de l'instrument rend compte de la façon dont il opère pour fixer le corps étranger.

Obs. I. Le 27 février 1856, est entré dans le service de M. Jobert, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 20, le nommé Jean A., âgé de vingt-huit ans. Le malade, fort et régulièrement constitué, n'a jamais eu que des chancres volants qui ont disparu facilement. Il est coiffeur et se tient presque toujours debout; sa nourriture est de bonne qualité; son logement, un peu humide, ne présente pas de grandes conditions de salubrité; pas d'habitudes d'ivrognerie ni de désordre.

Il y a vingt-huit mois, en jouant avec ses camarades, il fit une chute violente. Le genou droit frappa violemment le pavé; il n'en résulta pas de grands inconvénients immédiats. Un peu de gonflement et une douleur obtuse marquaient seuls la place de la contusion, qui n'empêcha pas le malade de faire son service ordinaire.

A partir de ce jour, les mouvements du genou deviennent difficiles, la flexion de l'articulation était particulièrement difficile. Au lieu de se reposer pendant quelque temps, le malade, trouvant l'occasion de gagner beaucoup d'argent, se mit à l'ouvrage avec plus d'ardeur, et se fatigua beaucoup plus que d'habitude.

Alors survint une véritable douleur qui attira son attention, et en examinant son genou à peine mobile, il trouva sur le côté externe une induration considérable et mobile, occupant la place du gonflement qui avait suivi le coup : bientôt la marche devint plus pénible, la station impossible; et, continuant à marcher, le malade s'enveloppa le genou de compresses trempées dans l'eau sédative, qu'il faisait alterner avec l'eau-de-vie camphrée.

L'inefficacité de ce traitement lui ayant été démontrée par une expérience de plusieurs semaines, il se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 27 février dernier, il présente les symptômes suivants : le genou droit est le siége d'une tuméfaction considérable; les reliefs normaux de l'articulation ont disparu; la consistance du genou est molle et pâteuse. Au milieu de la région on sent la rotule; sur ses côtés deux saillies molles représentent les culs-de-sac latéraux de la synoviale distendus par la sérosité, sur le côté externe la consistance est très-différente; on sent profondément engagé au milieu du tissu une tumeur allongée verticalement et pouvant avoir la grosseur d'une aveline, sans en affecter la forme. Cette tumeur, facile à sentir sous la peau, est point ou peu mobile. Le malade n'accuse aucune douleur à son niveau, tandis qu'il se plaint d'en ressentir une bien violente au côté interne du genou. Il

prétend n'avoir jamais été arrêté subitement pendant la marche par l'interposition ou la sensation de l'interposition douloureuse et subite de quelque chose d'anormal entre les surfaces articulaires.

Au-dessus du bord supérieur de la rotule, on trouve une tuméfaction molle, pâteuse, profondément fluctuante, due à l'épaississement du cul-de-sac supérieur de la synoviale et à sa distension par le liquide. En tout autre point de l'articulation qu'en celui précédemment indiqué, on ne trouve de nodosités, ni d'épaississements limités et formant tumeurs.

M. le professeur Jobert pratique le broiement de ce corps étranger le 2 mai. Après l'avoir fixé sous la peau à l'aide du trident, il passe sous les téguments un bistouri boutonné, après avoir préalablement pratiqué une incision. Le bistouri arrivé sur le corps étranger, M. Jobert s'en assure en mettant en contact son bistouri et le trident qu'un aide maintient immobile, puis il le divise immédiatement en plusieurs fragments. La plaie est pansée, un bandage appliqué sur le genou et le malade rapporté dans son lit, avec ordre de se tenir tranquille.

Le 3 mai, rien de nouveau ; le malade n'a pas souffert, il n'a pas bougé de son lit ; on ne défait pas son pansement.

Le 10, sept jours après l'opération, le malade est pris de douleur articulaire très-intense. le genou est rouge et tuméfié ; la physionomie du malade exprime le trouble et la souffrance ; le pouls est rapide et bat 110 fois à la minute. Rien de particulier du côté des organes digestifs. (Diète; 10 sangsues sur le genou, au pourtour du point douloureux. Le malade a mangé jusqu'ici depuis l'opération comme à l'ordinaire ; cataplasmes émollients, repos absolu.)

Le 13, mieux très-sensible. Les jours suivants, rien de nouveau. Le 5 juin, pour faire cesser un reste de douleur, M. Jobert prescrit des onctions avec la pommade de belladone. Depuis cette époque, le malade marche dans la salle, non pas encore avec la même facilité qu'avant sa maladie, mais il éprouve une amélioration qui fait espérer une prompte et heureuse terminaison. Quand il marche, il fléchit difficilement son genou, et la claudication en résulte encore, mais elle n'est pas à comparer à celle qu'il éprouvait il y a trois mois.

Obs. II. Le 1er juillet 1856, est entré salle Saint-Côme, n° 13, le nommé B... (Prosper), âgé de dix-huit ans, boulanger de sa profession.

Ce malade paraît d'une bonne santé habituelle ; son logement est sain, sa nourriture est suffisamment abondante ; il n'a jamais

eu aucune maladie grave. Ce jeune homme a fait une chute sur le genou droit en portant du pain ; son pied ayant glissé, il est tombé sur le pavé il y a six mois. Immédiatement après, le genou est devenu le siége d'une douleur vive, avec augmentation de volume considérable, impossibilité de fléchir la jambe, si bien que le malade est resté cinq jours au lit. La douleur ayant diminué, ainsi que l'épanchement, le malade a repris ses occupations. Mais depuis cette époque, il éprouve continuellement de la gène pendant la marche, et un faux pas lui occasionne une douleur excessivement vive, capable de lui arracher des cris, et assez violente pour le faire tomber à terre.

A son entrée à l'hôpital, on constate les faits suivants : la marche est toujours difficile, le genou droit est le siége d'une tuméfaction considérable, il mesure 36 centimètres, tandis que le gauche n'en mesure que 31. Les saillies et les dépressions normales de cette articulation ont disparu. La peau est intacte ; la rotule est très-légèrement soulevée, il existe peu de liquide dans la cavité articulaire ; le cul-de-sac supérieur de la synoviale est agrandi. On remarque au-dessus de la rotule, en dedans et en dehors de la cuisse, deux bosselures assez étendues ; elles présentent à la palpation de la mollesse, et donnent lieu à peu de fluctuation ; la synoviale y paraît manifestement épaissie. On éprouve, en comprimant un peu plus fort, la sensation de deux petits corps, situés au milieu de chacune de ces bosselures ; ils sont gros comme des fèves, se déplaçant peu par le toucher, l'interne paraît plus mobile que l'externe. Ce dernier donne lieu à une douleur vive par une pression un peu considérable. Le diagnostic n'est plus douteux, il y a deux corps étrangers dans cette articulation.

M. Jobert, après avoir tenté quelques applications résolutives sur le genou pour en diminuer le volume, et avoir accordé un repos d'un mois à son malade, procède à l'opération de la manière suivante :

Le corps étranger étant préalablement fixé entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, le trident est enfoncé au centre de ce corps ; une incision à la peau permet de glisser sous les téguments le ténotome. Arrivé sur le corps, quelques légers mouvements suffisent pour le diviser avec une facilité extrême. Le bistouri est retiré par la même voie que celle qu'il a primitivement suivie, le trident est également retiré. Une mouche de diachylon est appliquée sur l'ouverture faite à la peau. On recouvre le genou d'une compresse trempée dans l'eau froide, avec une bande roulée par-dessus, et le malade

est emporté dans son lit. Depuis cette époque, un repos absolu a été gardé, aucun accident n'a paru, pas la moindre douleur. Un très-léger gonflement est survenu à la suite de l'opération; mais, depuis deux jours, on remarque une diminution dans le volume de la jointure, et tout fait espérer que d'ici peu ce malade sortira guéri de l'hôpital.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Amputation *des membres au moyen de la cautérisation.* Dans un travail qu'il nous adressait au début de cette année, M. Manoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, n'hésitait pas à appeler l'attention de ses confrères sur l'emploi des plaques de gutta-percha et de chlorure de zinc. Depuis notre confrère a soumis à la Société de chirurgie deux tumeurs du sein enlevées à l'aide de cette forme nouvelle de ce puissant caustique. Poursuivant son expérimentation, M. Manoury signale la possibilité de procéder à l'amputation à l'aide de ce moyen et donne deux faits à l'appui. Les conclusions suivantes donneront une idée de son nouveau travail.

L'amputation des membres par la cautérisation est une opération aussi pratique que celle qu'on fait avec le bistouri, mais elle exige un certain nombre de séances; le chirurgien doit bien connaître la position des principaux vaisseaux du membre; elle permet de tenter l'opération au lieu de nécessité, et non au lieu d'élection; les clapiers purulents ne doivent pas entraver la marche du chirurgien, mais lui servent fréquemment d'auxiliaire et de guide; dans certaines circonstances graves, elle peut être commencée, puis abandonnée, si les circonstances démontrent son inutilité; nous la croyons préférable à toute autre méthode, s'il y a commencement d'infection purulente, si le malade est profondément affaibli, s'il existe dans le membre d'abondantes et récentes suppurations, dans le cas de gangrène traumatique ou sénile.

Le malade soumis à ce genre d'amputation conservera son régime normal; l'opération aura lieu sur le lit où il est habituellement couché. Ce sera plutôt un pansement qu'une opération. Les pièces d'appareil sont celles d'un appareil de pansement ordinaire: un y ajoutera un tourniquet de J.-L. Petit, des crayons de caustique Filhus, de la potasse caustique en bâton, de la poudre de Vienne, de l'alcool, de la pâte de Canquoin et des cylindres de gutta-percha au chlorure de zinc, enfin du linge sur lequel on aura étendu de l'onguent de la mère. La pâte de Canquoin devra être très-consistante, les cylindres de gutta-percha au chlorure de zinc fraîchement préparés.

Si on opère sur un membre dont les artères n'ont pas le volume de l'artère humérale, il ne faut pas s'occuper des vaisseaux avant l'opération; si les artères ont le volume de l'humérale, ou sont plus volumineuses, comme au creux poplité ou à la cuisse, il importe d'en rechercher nettement la direction par la palpation et même par l'auscultation. Avant d'opérer, nous croyons utile de marquer cette direction sur le membre par une ligne noirâtre faite avec le crayon de nitrate d'argent, et de laisser de chaque côté du vaisseau un centimètre de tissus laissés intacts par la cautérisation.

Nous préférons la méthode d'opération à lambeaux à la méthode circulaire: 1° parce que la première marche plus rapidement; 2° parce qu'elle met le membre à l'abri de la conicité du moignon après la cicatrisation. La grande étendue de la plaie qui résulte d'une amputation à lambeaux n'a pas ici le danger qu'elle a dans les opérations par le bistouri.

Pour faire la section de la peau, on peut opérer de deux manières. *Premier mode*: Prendre un crayon de caustique Filhus qu'on trempera dans l'alcool, marquer avec ce crayon le contour des lambeaux, passer et repasser à plusieurs reprises sur les mêmes points en les usant pour ainsi dire jusqu'à *gélatinification* complète; la potasse caustique peut être employée dans le même but, mais son action est moins rapide. *Deuxième mode*: Quand les lambeaux sont très-étendus, diffi-

ciles à attaquer, à cause de la position du membre, on pourra circonscrire entre deux bandelettes de linge couvert d'onguent de la mère la ligne qui formera le contour des lambeaux, laisser entre ces deux bandelettes un intervalle d'un demi-centimètre environ, appliquer la pâte de Vienne sur cette ligne, et recouvrir d'une troisième bandelette; laisser à demeure sans toucher pendant quinze à vingt minutes; retirer alors le tout et laver. Quel que soit le mode de destruction de la peau, l'escarre étant produite, on place sur elle une petite lanière de pâte de Canquoin, et on remet au soir et au matin la deuxième séance. La ténuité de cette lanière doit être en raison de l'étendue de l'escarre produite, et mesurer en largeur et en épaisseur à peine le tiers de celle-ci; son action n'a pour but, en effet, que la cautérisation en profondeur.

La partie escarrifiée est alors durcie et déprimée assez profondément; sur celle-ci, on fait avec des ciseaux une ouverture dans laquelle on passe une des lames de l'instrument, et on coupe, sans effusion de sang, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose; la partie qui correspond au passage de l'artère principale est seule ménagée; il s'agit alors d'inciser les muscles; comme le chlorure de zinc n'a qu'une action pénétrante légère sur ce tissu, nous faisons, avec un cylindre de caustique Filhos de potasse fixé dans un porte-nitrate, des trouées profondes au sein de ces parties, à un ou deux centimètres de distance l'une de l'autre. Cette opération, qui produit une douleur assez vive, doit être pratiquée avec rapidité; en outre, comme l'action gélatinifiante de l'alcali produirait, s'il était continué, une suffusion sanguine, nous plaçons immédiatement dans les trouées qu'il a faites des clous de chlorure de zinc à la gutta, ou encore de larges lanières de pâte de Canquoin. On appuie ensuite chaque point d'une compression directe avec des bourdonnets de charpie serrés; on recouvre d'onguent de la mère, et on maintient le tout avec une bande.

A la séance suivante, enlèvement des bâtons caustiques; incision avec des ciseaux des parties mortifiées intermédiaires à chaque trouée; trouées nouvelles avec la potasse et répétition de l'opération précédemment décrite, jusqu'à ce que le chirurgien soit arrivé à isoler les os.

A ce moment de l'opération, il faut abandonner les causitques, faire la ligature de l'artère principale, si elle a été réservée par prudence, et pratiquer la section de l'os avec la scie.

Pansement avec de l'onguent de la mère; chute de l'escarre vers le huitième jour; plaie granuleuse de bonne nature, douée d'une propriété adhésive si rapide que les lambeaux maintenus avec des bandelettes sont rapprochés et réunis en quelques jours. La cicatrice résultant de l'opération est pour ainsi dire linéaire. (*Union méd.*)

Caries *dentaires* (*Ciments propres à obturer les*). M. Wagner recommande comme très-efficace le mélange suivant : on pétrit 4 grammes de gutta-percha ramollie dans l'eau chaude avec un mélange de 2 grammes de poudre de cachou, de 2 grammes d'acide tannique et d'une goutte d'huile essentielle de clous de girofle ou de rose. Pour s'en servir, il suffit de ramollir une petite portion de ce mélange au-dessus de la flamme d'une lampe à l'esprit-de-vin, et de l'introduire, encore chaude, dans la cavité de la dent, où il faut la tasser convenablement. La masse durcit, et même après plusieurs mois n'offre aucune trace de décomposition.

Suivant M. Pouton, on obtient également un excellent ciment en faisant dissoudre une partie de gomme mastic dans deux parties de collodion. Après avoir séché convenablement le creux de la dent au moyen de l'amadou, on y introduit une petite boulette de coton imprégnée de quelques gouttes de cette solution. Ce petit tampon se solidifie bientôt et peut rester en place plus de six mois; il semble préserver la dent de toute carie ultérieure.

Depuis plusieurs années, nous nous servons de la gutta-percha pure et simple, et sommes parvenu, grâce à son emploi, à conserver une dent largement cariée. Il ne répugne pas d'admettre les mélanges ci-dessus comme préférables, notre but est seulement d'ajouter un témoignage à ceux de ces auteurs. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, octobre.)

Céphalématome *épicranien; incision, injections, séton; guérison.* Le céphalématome n'est pas une affection assez commune pour qu'on soit bien fixé sur les meilleurs modes de traitement qui lui sont applicables. D'un petit volume, il guérit seul ou par l'action de topiques résolutifs; mais lorsqu'il est volumineux, et surtout aussi

volumineux que dans le cas dont nous allons parler, non-seulement les topiques ne suffiraient pas, mais la ponction, l'incision même et les injections iodées courraient encore la chance d'être inefficaces, comme elles l'ont été ici où le séton seul a pu, après un long traitement, commencer la guérison.

M. Corlieu, de Charly, médecin de la direction des nourrices, fut appelé, le 27 mai 1856, pour un enfant de huit jours qui présentait un céphalématome épicranien occupant *tout le pariétal droit*. La tumeur était fluctuante, sans battements, sans changement de couleur à la peau, ayant le bourrelet caractéristique, mais *non continu*. La tumeur avait 0,29 de circonférence, 0,15 d'arrière en avant et autant de gauche à droite. Quoique n'espérant pas arriver par les topiques à la résolution d'un céphalématome aussi volumineux, M. Corlieu eut cependant recours, pendant quelques jours, aux frictions avec la pommade iodurée et aux compresses imbibées d'une solution d'acétate de plomb. Ces moyens, employés pendant neuf jours, n'ayant amené aucun résultat, on se décida à opérer l'enfant le 4 juin.

M. Corlieu pratiqua sur la tête, préalablement rasée, une incision de 5 centimètres, oblique d'arrière en avant, de manière à éviter le trajet des vaisseaux. Il sortit par cette incision un jet de sang noir, liquide (100 grammes environ). Le sac vidé, on sentit dans la tumeur quelques petites bosselures roulantes, inégales, qui étaient probablement des caillots sanguins et qui avaient disparu le lendemain. Des mèches enduites de cérat simple furent introduites dans le sac, et la plaie recouverte avec des cataplasmes de farine de graine de lin, arrosés d'eau blanche.

Au bout de cinq à six jours, il s'était établi une suppuration assez abondante et fétide. (Lotions et injections chlorurées) Deux jours après, la mauvaise odeur avait disparu. Des injections iodées furent pratiquées, dans le but d'amener une inflammation adhésive dans le sac et de faire cesser la suppuration; mais elles n'eurent aucun résultat. La suppuration devint de plus en plus abondante. Craignant un décollement considérable et ses funestes conséquences, M. Corlieu fit, le 20 juin, une contre-ouverture à la partie postérieure de la poche, à 5 centimètres environ de la première. Il établit ainsi un séton, et fit panser l'enfant toutes les quatre heures, pour empêcher, autant que possible, l'accumulation du pus. La suppuration dura encore longtemps, malgré de nouvelles injections iodées. Enfin, n'arrivant pas à un résultat satisfaisant, il essaya la compression méthodique sur la poche, de manière à rapprocher les deux feuillets. Un coussinet vide au centre, en forme de pessaire, maintenu par des bandes en croix, remplit cet objet. Ce dernier moyen réussit, et, à partir des premiers jours de juillet, le pus fut remplacé par un liquide séreux, qui disparut lui-même bientôt. Vers la fin d'août, la guérison était complète; les cheveux avaient repoussé, et la tête avait une forme régulière; il ne restait plus, en un mot, de trace de céphalématome. Il est bon d'ajouter que, malgré la quantité considérable de pus qui était sorti chaque jour par la plaie, il n'y eut aucune altération dans la santé de l'enfant, qui augmentait rapidement de volume et prenait le sein avec avidité, et que le séton n'a produit ni fièvre ni érysipèle. (*Gazette des Hôpitaux*, septembre 1856.)

Diabète (*Affection analogue au*) M. C. Baron a observé deux exemples très-semblables d'une affection analogue au diabète, et qui cependant différait de celui-ci, en ce que l'on ne put découvrir par les réactifs la présence du sucre dans l'urine des malades. Il s'agit de deux hommes, l'un de vingt-cinq à vingt-sept ans, l'autre de trente-cinq à quarante ans, nerveux, impressionnables tous deux, d'un embonpoint médiocre, et assez habituellement constipés avant le développement de la maladie; à la suite de chagrins, ils maigrirent peu à peu, leur teint devint légèrement jaunâtre, leur peau sèche et écailleuse, leur humeur triste et sombre, leur énergie et leurs forces diminuèrent. Une constipation opiniâtre devint habituelle. Les urines étaient abondantes, plus copieuses que les boissons, lorsque les sujets avaient mangé des farineux. C'était douze heures après le repas ainsi composé, que le besoin de rendre ces urines commençait à se faire sentir. La quantité d'urine rendue chaque fois était aussi plus copieuse que dans les autres circonstances. Ce liquide était un peu pâle, aqueux, quelquefois un peu mousseux à sa surface, sans dépôt trouble, ni nuage, médiocrement acide, d'une pesanteur spécifique normale; il avait ordinairement, au moment de l'émission, l'odeur des fari-

neux ingérés. Ni le sous-acétate de plomb et la potasse, ni le réactif de Barcswil ne décelèrent la présence du sucre dans ces urines. Le diabétomètre de M. Becquerel et celui de M. Robiquet donnèrent un résultat également négatif. Il ne pouvait donc subsister aucun doute à cet égard.

Avec l'augmentation de la quantité des urines coïncidaient quelques autres symptômes : des tiraillements d'estomac, une sensation de creux à la région épigastrique ; trois ou quatre heures après le repas, une faim impérieuse, des borborygmes, surtout dans la région épigastrique ; une lassitude douloureuse dans les régions lombaires, ainsi qu'à la partie supérieure des cuisses ; une fatigue, une faiblesse générale prononcée ; de la langueur ; un sommeil interrompu ; l'expression du visage fatiguée, les yeux cernés, etc.

En général, la bouche n'était pas ou n'était que très-peu pâteuse. La langue n'était que peu ou point chargée ; souvent même elle l'était moins après la digestion des féculents qu'après celle des autres aliments. La soif n'était pas vive, comme chez les individus affectés de diabète sucré, pendant l'intervalle des repas et aux repas. Un de ces malades, loin d'être altéré, n'éprouvait jamais la sensation de la soif. Il lui était même généralement peu agréable de boire.

En présence de quelle affection se trouvait-on ? En examinant les diverses circonstances qui s'y rattachaient, M. Baron fut conduit d'abord à penser qu'elle pouvait être rapportée à une diminution de la sécrétion des fluides destinés à l'accomplissement de la digestion duodénale, et particulièrement de la bile.

Quoi qu'il en soit, cette affection paraissait moins grave que le diabète sucré. Lorsque ces deux malades évitaient l'usage des aliments dont la digestion leur était le plus pénible, ils n'éprouvaient, en général, que peu de malaises. Aussi ne se sont-ils point astreints à une médication active et suivie. Malgré cela, une amélioration graduelle, notable, s'est manifestée quelques années après l'impression de la cause morale qui avait présidé au début de l'affection. La sécheresse et la teinte jaunâtre de la peau, la maigreur, la faiblesse, la constipation sont devenues moindres, l'énergie un peu plus grande, l'augmentation de la quantité des urines après l'ingestion des féculents, et surtout l'indisposition qui accompagnait cette augmentation, bien moins prononcée.

Si une affection semblable à celle que M. Baron a observée, et qui, suivant toute apparence, ne sera pas sans nouveaux exemples, comme elle n'a pas dû être sans précédents, venait à se présenter, quelle serait la conduite que devrait tenir le praticien ? Nous ne pouvons à cet égard que consigner ici les observations faites par M. Baron sur ces deux malades, et reproduire l'opinion que, mieux que tout autre, il a été à même de se faire sur les indications à remplir en pareille circonstance.

M. Baron incline à penser que dans des cas de ce genre, on pourrait espérer, par l'emploi prolongé des médicaments propres à exciter les sécrétions duodénales, ou à faciliter la digestion des farineux, ramener d'une manière permanente les organes digestifs à leur fonctionnement normal. Il lui a paru rationnel d'administrer la rhubarbe, le colombo, le quinquina, propres à exciter les forces digestives et à augmenter la sécrétion de la bile ; et aussi pour produire ce dernier effet, de temps en temps, une petite quantité de calomel ; la magnésie, la craie, le bicarbonate de soude, les eaux de Vichy, de Pougues, et autres eaux alcalines ayant la propriété de favoriser la digestion des substances amylacées et sucrées. Par le conseil de M. Becquerel, M. Baron a essayé aussi la dextrine et la levûre de bière. Cette dernière substance ne lui a pas semblé avoir d'efficacité. La dextrine, à la dose de 2 grammes au moins, a paru un peu plus utile. La rhubarbe a été moins efficace que le bicarbonate de soude.

Quant au régime hygiénique, il est moins pénible à subir que celui du diabète. L'abstinence rigoureuse de tout féculent n'est pas indispensable. M. Baron a reconnu plusieurs fois l'importance d'opérer parfaitement la mastication, afin que la quantité de salive mêlée au bol alimentaire soit aussi considérable que possible. Le vin rouge ou le café, pris en quantité modérée, aux repas dont les féculents faisaient partie, ont presque toujours aidé à la digestion de ces aliments et amoindri les inconvénients qui résultaient de l'ingestion de ceux-ci, lorsque ces excitants digestifs n'y étaient pas associés. Enfin le séjour à la campagne, la respiration d'un air vif et pur, les voyages, lui ont aussi paru produire sur ces deux malades un effet salutaire. (*Gaz. méd.*, sept. 1856.)

Douleurs rhumatoïdes. *Formules pour leur traitement.* Ce n'est pas sur une logomachie puérile, sur une simple discussion de mots, mais bien sur un fait pratique, dit M. Bottaro, que je viens appeler l'attention des praticiens ; ces points, tout minutieux et délicats, ne doivent pas être confondus. Voici la description de la forme de douleurs rhumatismales que le médecin désigne sous ce nom : « Ces douleurs, qui surviennent sans cause appréciable, n'augmentent ni par la pression, ni par les mouvements, ni par la chaleur du lit ; elles déterminent plutôt un sentiment de gêne, de pesanteur que des douleurs pongitives, comme dans quelques rhumatismes et l'ostéite ; elles se dissipent petit à petit, et ne présentent aucune rémission ni augmentation notables. Le siége principal s'observe dans les articulations du genou ou de l'épaule ; ces douleurs semblent tenaces pourtant quand le temps est pluvieux et humide, comme dans les douleurs franchement rhumatismales ; elles en diffèrent néanmoins par une sorte de douleur gravative, qui se dissipe peu à peu par une température chaude et modérée de la chambre et du mouvement, puis dans ce milieu. Il n'y a ni rougeur, ni tuméfaction articulaire appréciable, il y a pourtant un sentiment de chaleur assez marqué. Comme état général, le pouls est normal, le sommeil un peu agité, la langue blanche, humide. Il y a un peu de soif, l'appétit est diminué. » Après avoir employé inutilement les frictions avec l'huile de jusquiame camphrée et la tisane de bourrache additionnée de la poudre de Dower sans succès, M. Bottaro a été conduit à expérimenter la formule suivante :

Pr. Infusion de quassia amara	30 grammes
Iodure de potassium.	20 centigram.
Sirop d'ipéca	10 centigram.

A prendre en deux fois, moitié le matin et le reste le soir.

Après le premier septenaire de l'usage de cette potion, il a vu l'appétit revenir et les symptômes diminuer. Cette amélioration lui faisait seulement augmenter l'alimentation de ses malades ; quant à la potion, elle était continuée pendant huit jours après la cessation. Dans les trois cas que ce médecin a observés, la récidive ne s'est pas montrée. C'est là une assertion importante. (*Journ. de méd de Bruxelles*, novembre.)

Fièvre gastrorrhagique *intermittente pernicieuse, sans ulcération de l'estomac.* Malgré les variétés infinies de formes sous lesquelles peut se présenter la fièvre intermittente pernicieuse, on ne trouve, dans aucun des auteurs qui ont traité d'une manière spéciale de cette affection, d'exemple de fièvre gastrorrhagique ou d'hématémèse intermittente. D'un autre côté, M. Cruveilhier, dans son beau travail sur l'ulcération simple de l'estomac, avance que les seules causes de la gastrorrhagie sont ou le cancer ou l'ulcère simple de cet organe, opinion qui semble se généraliser aujourd'hui. Sous ce double point de vue, les deux observations suivantes de gastrorrhagie intermittente de l'estomac, communiquées à l'Union médicale, ne paraîtront pas sans intérêt ; mais ce qui en fait surtout l'intérêt le plus immédiat pour les praticiens, c'est le succès qu'a eu dans ces deux cas le sulfate de quinine.

Le 20 mai dernier, la femme N..., habitant près d'un ruisseau plein d'herbes, fut prise d'un accès de fièvre intermittente tierce, à une époque où la saison pluvieuse et les variations de température rendaient ces maladies très-fréquentes. Cette femme n'a jamais rien eu à l'estomac, elle n'a jamais craché ni vomi le sang. Sa menstruation est régulière. Le premier accès commença à onze heures du matin par un frisson suivi de toutes les périodes ordinaires de la fièvre, et dura vingt-quatre heures.

Le surlendemain, 22, à peu près à la même heure, elle fut prise d'un accès violent avec délire, agitation extrême, telle qu'il fallait plusieurs personnes pour la retenir sur son lit ; elle se plaignait de douleurs partant de l'estomac et se portant sous les fausses côtes gauches. Dans la nuit, au milieu du délire, elle vomit une grande quantité de sang évaluée à plus de deux verrées. Le sang était noir et en caillots. Une heure environ après ces vomissements, elle en rendit à deux reprises par les selles, en caillots noirs et abondants. La sueur termina ce deuxième accès.

Ce fut à ce moment que M. Bonnet, de Poitiers, fut appelé auprès de cette malade, le 23 dans la soirée. Le pouls était alors à quatre-vingts. Elle se plaignait d'une sensation de chaleur dans l'estomac, qui s'irradiait toujours à gauche ; la région de la rate était douloureuse à la pression, et cet organe fut trouvé développé. La

face était pâle, décolorée, le ventre peu douloureux, l'abattement très-grand. Les poumons examinés avec soin furent trouvés sains. M. Bonnet prescrivit 1 gramme de sulfate de quinine (mais la malade n'en put prendre que 50 centigrammes, la seule quantité qui fût alors disponible). Le troisième accès parut, mais moins fort et moins long, sans vomissements ni délire. Le sulfate de quinine fut continué. — Malgré cela, le 26 mai reparut un quatrième accès, pendant lequel survinrent le délire, les vomissements de sang et les selles en caillots, comme au deuxième accès. Cette femme a guéri assez promptement, après avoir pris en tout 4 grammes de quinine en huit jours. — Il n'y a pas eu de récidive.

Le second fait, presque identique à celui-ci, avait été observé, quelques années auparavant, par M. le docteur Bourgeois, d'Etampes.

Il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années, d'un tempérament sanguin prononcé, fort et replet, demeurant dans un endroit élevé et sain, n'ayant jamais eu ni hémorrhagies, ni fièvres d'accès, mais *court de vent* et catarrheux. Cet homme fut pris vers la fin de l'été de 1846 d'un violent frisson, sans cause appréciable et sans indisposition préalable, et d'évacuations abondantes, épaisses et grisâtres, par haut et par bas. Pendant trois ou quatre jours que dura cette crise, il y avait un abattement extrême, la face était grippée, fort pâle, comme cadavéreuse, le pouls petit, d'une fréquence extrême, régulier pourtant; une sueur froide inondait le corps, la voix était presque éteinte; somnolence, intelligence notablement amoindrie. Tout semblait faire croire que le malade allait succomber. Cependant le soir la réaction survint et il ne resta plus, au bout de quelque temps, qu'une sensation de brisement de tout le corps. Le surlendemain, à peu près à la même heure, nouveau frisson, accompagné de vomissements et de déjections d'abord grisâtres, puis de couleur brune, et enfin de sang en partie liquide et en partie coagulé, d'un rouge brun, évalué à deux litres environ. Le soir, les évacuations sont d'une fétidité extrême, la face est fortement grippée le pouls d'une vitesse extrême, presque imperceptible; refroidissement général avec sueur glacée encore plus marqué qu'au premier accès. Au bout de six à huit heures, la chaleur commença à reparaître, les selles et les vomissements cessèrent.

M. Bourgeois prescrivit aussitôt 2 grammes de sulfate de quinine; 2 autres grammes furent de nouveau administrés en deux doses le lendemain. Ce sel fut parfaitement toléré, et le troisième accès qui survint pourtant, quoiqu'un peu plus tard, ne fut accompagné d'aucun symptôme grave; il y eut un ou deux vomissements muqueux, mais pas de déjections intestinales. — Le sulfate de quinine fut continué pendant un certain temps, par doses décroissantes, conjointement avec les ferrugineux et un régime réconfortant. Le malade ne tarda pas à être remis sur pied, sans qu'il lui restât la moindre gêne dans les fonctions digestives, ni la plus petite douleur de ventre. (*Union médicale*, septembre et octobre 1856.)

Fissure *à l'anus (Cas de) guéri par la glycérine au tannin.* Aux applications déjà signalées de ce topique, M. le docteur Van Holsbeek en ajoute une nouvelle, celle de combattre les ulcérations de la marge de l'anus qui constituent les fissures. Une mèche plus ou moins volumineuse, enduite de glycérine au tannin, est introduite matin et soir avec une grande douceur. Les patients intelligents parviennent à pratiquer eux-mêmes cette petite opération. Dans le cas cité par ce médecin, la guérison était obtenue le cinquième jour. Cette glycérine médicamenteuse peut donc être placée à côté de l'onguent de la mère parmi les ressources réelles à employer dans le traitement de ces affections si pénibles et quelquefois si tenaces. Une recommandation importante à faire aux malades habituellement constipés est de prendre à tâche d'avoir toujours des selles faciles, afin de se mettre à l'abri des rechutes. (*Presse méd. Belge*, 1856.)

Hydrocèle *de la première enfance; son traitement par l'incision sous cutanée de la tunique vaginale.* Même alors que sous l'influence de la pression des doigts on ne voit pas le liquide de l'hydrocèle diminuer, il faut être très-réservé pour admettre la non-communication de la cavité de la vaginale avec celle du péritoine, car il peut exister encore un canal très-étroit à travers lequel la sérosité ne reflue que très-lentement. Cette possibilité a fait rejeter, du traitement de l'hydrocèle dans le premier âge, l'emploi des injections. Restent les bandages compressifs, les topiques et la ponction

avec le trocart. Ces moyens n'ont aucune valeur aux yeux de M. Linthart; le seul dont l'efficacité lui soit incontestable est l'incision sous-cutanée de la tunique vaginale. On enfonce dans un pli fait à la peau du scrotum un ténotome fin, concave et tranchant dans la concavité; on l'introduit à plat, dans une certaine longueur, entre la peau du scrotum et la tunique vaginale, et celle-ci est incisée dans une étendue de deux à quatre centimètres. Le sérum se répand dans les bourses, où il est facilement absorbé. Suivant M. Linhart, cette opération est toujours innocente, et amène la guérison plus sûrement que tous les autres moyens; aussi l'auteur l'emploie-t-il de préférence dans l'enfance. (*Œsterr. Zeitsch. kinderheilk*, 1856.)

Hypospadias *traité avec succès par perforation du gland à l'aide d'un trocart.* L'hypospadias constitue, en général, une difformité plutôt qu'un état pathologique; presque toujours l'émission de l'urine n'est pas gênée, et dans un certain nombre de cas même, quoique le canal de l'urètre n'arrive pas jusqu'au sommet du gland, sa direction étant conservée, l'éjaculation du sperme peut être fécondante. Aussi les chirurgiens sont-ils rarement consultés, et à plus forte raison ont-ils rarement l'occasion de faire une opération pour rétablir jusqu'à un certain point les voies urinaires. Mais il peut arriver cependant que la petite ouverture soit insuffisante pour donner issue à l'urine, et dans ce cas, le chirurgien peut se demander s'il ne doit pas essayer de refaire un canal de l'urètre à l'enfant, malgré toutes les difficultés de l'opération, et surtout malgré les incertitudes du succès. C'est ce qui est arrivé, il y a un an, à M. Ripoll, qui a été consulté pour un enfant de quatre ans, affecté d'hypospadias congénital, et qui, depuis sa naissance, a été constamment gêné pour pisser; depuis quelque temps même, l'émission de l'urine ne s'accomplissait qu'avec de grands efforts et de vraies souffrances; l'enfant n'avait pas uriné depuis la veille, lorsqu'il fut présenté à notre confrère. Le prépuce était divisé, au niveau du frein qui n'existait plus, comme si l'on eût pratiqué dans ce point l'opération du phimosis, et formait à droite et à gauche deux ailerons embrassant le gland à la façon d'un col de chemise. Gland imperforé, légèrement déprimé à sa face inférieure, et cette dépression, dessinant assez régulièrement une sorte de losange dans l'angle inférieur dépassant la couronne du gland, venait aboutir vers le milieu de la verge, c'est-à-dire à deux centimètres à peu près de l'extrémité de cet organe. Là se trouvait une petite dépression, au centre de laquelle on finit par découvrir un pertuis capable de recevoir tout au plus une soie de sanglier; c'était l'ouverture de l'urètre, en ce moment oblitéré. M. Ripoll parvint avec peine et avec de vrais douleurs à faire pénétrer un stylet cannelé; l'urine s'écoula par la cannelure, et l'enfant, après avoir uriné abondamment, se trouva soulagé. Mais au delà de l'ouverture, vers le gland, il n'y avait plus de canal; l'urètre, assez saillant du côté de la racine de la verge, se terminait au niveau même de l'orifice, dirigé en bas, c'est-à-dire perpendiculaire à la direction du canal de l'urètre. Bourses ratatinées et ressemblant pour la forme, le volume et la couleur, à la moitié d'une coquille de noix. Testicule gauche seul descendu.

Une opération était indispensable : M. Ripoll donna la préférence au moyen qui consiste à faire un canal artificiel dans l'épaisseur de la verge à l'aide d'un trocart. L'enfant étant placé comme pour l'opération de la taille, la verge relevée, et les ailerons du prépuce saisis entre les mors d'une pince à ligature, tendus à droite et à gauche, de manière à maintenir la verge en place, un stylet cannelé très-délié fut introduit dans le canal, et son extrémité dirigée vers la vessie. Ainsi placé, un aide le maintint solidement fixé, la cannelure tournée vers la face dorsale de la verge. Se plaçant alors à gauche de l'enfant, M. Ripoll saisit la verge au niveau de la couronne du gland avec deux doigts de la main gauche, et de la main droite il porta la pointe d'un trocart de 2 millim. 1/2 de diamètre sur le sommet du gland, un peu plus près de la face dorsale que le lieu occupé habituellement par le méat. Il traversa le gland, et glissant sous la peau, vint placer la pointe de l'instrument dans la cannelure du stylet. Retirant alors le dard, il fit glisser la canule dans la cannelure du stylet qui servit de conducteur, enleva d'abord ce dernier, puis enfonçant un peu la canule du trocart, s'assura qu'il était dans le canal de l'urètre. La canule fut enlevée à son tour et remplacée immédiatement par une bougie de gomme de 2 millim. 1/3 qui pénétra dans la vessie.

Aucun accident immédiat, écoulement de quelques gouttes de sang. Dans la soirée, la bougie fut remplacée par une sonde à demeure du même diamètre. Le deuxième jour, un peu d'inflammation à la face inférieure de la verge; l'urine passait par la sonde; M. Ripoll cautérisa légèrement l'ancienne ouverture, et appliqua à son niveau, pour favoriser l'oblitération, une bandelette de diachylon autour de la verge. Cette bandelette eut un mauvais résultat; œdème du prépuce et commencement de mortification autour du méat; l'urine coulait entre la sonde probablement obstruée et les parois du canal nouveau. Introduction d'une sonde de 3 millim.; applications d'eau blanche. Les jours suivants, le testicule droit descend dans le scrotum. Le sixième jour, nouvelle obstruction de la sonde; nouvelle cautérisation du pertuis, et introduction d'une nouvelle sonde. Le septième jour, on reconnaît que la muqueuse du gland, qui formait la paroi inférieure du canal nouveau, suppurait comme par suite d'une résorption, de telle sorte que le méat nouveau s'agrandit aux dépens de cette muqueuse. Les jours suivants, on a grand'peine à retenir l'enfant au lit et à lui faire garder la sonde. Nouvelle cautérisation le neuvième jour. M. Ripoll est enfin obligé de renoncer à la sonde à demeure, à condition que les parents passeront deux fois par jour, et maintiendront chaque fois, pendant une heure, une bougie de 3 millim.; mais après une vingtaine de jours, on y renonça. Néanmoins, deux mois après, l'enfant continue à uriner par le nouveau canal, et le jet a une direction normale; quelques gouttes coulent toujours par le pertuis considérablement réduit, mais encore béant. Le nouveau canal s'est cependant un peu rétréci. L'opération est pratiquée maintenant depuis une année, et bien qu'aucun soin n'ait été donné depuis neuf mois, on peut espérer que cet état persistera. (*Gaz. hebd. de méd.*, août.)

Manie intermittente; *insuffisance du sulfate de quinine; guérison par l'arsenic.* L'antipériodique par excellence, le sulfate de quinine, a été fréquemment mis en usage contre la manie intermittente, et quelquefois, au dire de quelques auteurs, avec succès. Cependant M. Moreau, de Tours, qui a eu l'occasion d'y recourir dans maintes circonstances, chez les aliénés, confesse n'en avoir jamais obtenu de succès définitif, de quelque manière et à quelque dose qu'il l'ait administré. Aussi a-t-il substitué au sulfate de quinine les préparations arsenicales, qui lui ont paru avoir dans ce cas un effet beaucoup plus sûr, et auxquelles il déclare être redevable de plusieurs guérisons. Le fait suivant en serait, dans tous les cas, un exemple remarquable :

Un jeune homme de vingt et un ans, à la suite de divers accidents morbides et particulièrement d'une varioloïde qui avaient nécessité un séjour prolongé dans les hôpitaux, et pendant qu'il était encore convalescent de cette dernière affection, fut pris le 17 décembre, à quatre heures du soir, après deux ou trois jours de prodromes consistant en quelques désordres intellectuels, d'un accès de manie aiguë. Il fut transporté à l'hôpital Lariboisière, où il resta deux jours dans un état de délire aigu, avec prédominance d'idées religieuses. Deux jours plus tard, le 19 décembre, il fut transféré à Bicêtre, dans le service de M. Moreau. Il éprouvait des illusions de la vue, croyait voler dans les airs, et se livrait à une foule d'actes extravagants qui ont nécessité l'emploi de la camisole de force. Le repos, les bains, un régime tonique (macération de quinquina), cinq portions, ont amené une rémission des symptômes, et douze jours après son explosion l'accès s'est calmé. Le malade a quitté Bicêtre le 5 janvier.

Le 13 janvier, étant chez sa mère, à la campagne, il eut un second accès de folie sur lequel on n'a pu avoir que des renseignements incomplets. Sa durée paraît n'avoir été que de quatre ou cinq jours.

Vers la fin du mois de janvier, le malade, qui commençait à éprouver de nouveau ce bien-être précurseur d'un nouvel accès, se décide de son propre mouvement à revenir à Paris. Sur la route il commet de nouvelles extravagances. Rentré à Paris, il a un nouvel accès qui le fait ramener à Bicêtre le 2 février. La raison a repris son empire au bout de cinq à six jours.

A partir de ce moment, une surveillance des plus attentives a permis de suivre pas à pas la marche de la maladie et d'établir d'une manière rigoureuse son caractère périodique. Le malade, mis au régime du sulfate de quinine, en prend 50 centigrammes par jour durant la rémission des accès, qui se prolonge habituellement pendant dix à douze jours. Passé ce terme, les phénomènes précurseurs

commencent à se manifester. Une mobilité excessive de la physionomie, une tuméfaction légère, un tremblement nerveux des lèvres, sont les premiers indices de l'accès qui va commencer.

Le lendemain, le malade, agité d'une gaieté insolite, ne peut plus rester en place; il devient bientôt nécessaire d'employer la contrainte, l'accès étant pleinement développé. Une agitation maniaque, des grincements de dents, l'accélération du pouls en sont les principaux symptômes.

En résumé, un premier accès a eu lieu le 17 décembre; le deuxième accès s'est manifesté le 15 janvier; le troisième le 2 février; le quatrième le 22 du même mois; le cinquième le 16 mars. Chaque accès a duré environ de quatre à cinq jours; c'était ordinairement le septième jour que le malade était remis en liberté. La période d'intermittence a donc varié de dix-neuf à vingt-six jours; elle a été en moyenne de trois semaines, la durée de l'accès ayant été chaque fois de huit jours environ.

Le 5 avril, les divers moyens de traitement mis en usage contre le retour périodique des accès étant jusque-là restés sans efficacité, M. Moreau fit pratiquer, dès l'apparition des symptômes précurseurs, une large saignée de 500 grammes; et le lendemain les accidents ayant marché, on appliqua des ventouses de manière à retirer une nouvelle quantité de sang égale à la première.

L'accès n'en fit pas moins explosion le 7 avril; mais son intensité fut un peu amoindrie et la durée sensiblement abrégée.

Le 27 avril, malgré deux saignées de 500 grammes coup sur coup, le malade n'en est pas moins retombé dans un accès qui a duré deux jours. On renonce à l'emploi de la saignée pour la remplacer par le haschisch à la dose de 0,10.

Le 12 mai, nouvel accès de trois jours de durée, après quinze jours seulement de rémission. Le haschisch n'a donc eu pour effet que d'abréger la période d'intermittence.

Le 16 mai, on commence à administrer une potion arsenicale (liqueur de Pearson, à la dose de 25 gouttes dans un julep).

Ce médicament n'ayant pas tardé à produire des symptômes intestinaux, il a fallu en réduire la dose de 20 gouttes.

Le 2 juin, retour des accidents habituels. La potion arsénicale est de nouveau administrée jusqu'au 9.

Le 9 juin, cessation brusque de tout désordre mental. Le malade demande avec instance sa sortie. Après quinze jours d'observation, son état mental étant excellent, on lui accorde sa sortie.

Le 3 août, on a vu des nouvelles de ce jeune homme, et l'on a su que la guérison s'était parfaitement maintenue. (*Gaz. des Hôp.*, septembre 1856.)

VARIÉTÉS.

LE MÉDECIN DE CAMPAGNE.

Par le Dr Vaulpré.

Dans un village éloigné des villes, le glas lugubre invite les habitants à une cérémonie funèbre. Une suite nombreuse de paysans, d'ouvriers, de vieillards, de femmes et d'enfants accompagne un modeste convoi. Tous sont dans le recueillement; la tristesse est peinte sur tous les visages. Le plus grand nombre verse des larmes, quelques-uns jettent des cris de désespoir, et sont attérés par la perte qu'ils viennent de faire. Personne n'est là pour conduire le deuil, si ce n'est une vieille gouvernante désolée, à côté de laquelle marche, la tête basse et dans l'attitude du chagrin, un magnifique épagneul qui accompagne son maître à sa dernière demeure.

Quel est ce personnage aimé et vénéré à qui ces braves gens font honneur encore après sa mort? Pourquoi tant de tristesse, de désolation et de désespoir sur les visages d'assistants qui ne paraissent pas être parents du défunt?

Ce cercueil renferme les restes d'un médecin de village, mort à cinquante ans, à la suite d'une pleuro-pneumonie. Pendant une nuit de décembre, par une

pluie froide, le docteur fut appelé à donner des soins à un pauvre malade, dans un hameau éloigné ; malgré le mauvais temps et l'obscurité, il n'hésita pas à se lever pour aller prodiguer les soins de son ministère ; après plusieurs heures, il rentre chez lui, harassé, mouillé, pour ne plus se relever...

Tel est le sort réservé au charitable médecin des campagnes ; sa vie est une œuvre de dévouement et d'abnégation ; il a beaucoup de fatigues, peu de satisfaction et presque pas de profit. La nuit comme le jour, il part lorsqu'on a besoin de lui. Les malades auxquels il donne des soins sont de pauvres habitants qui n'ont pour vivre que le strict nécessaire, qui cultivent un sol qui ne leur donne qu'une maigre subsistance ; aussi ses honoraires sont-ils à peine suffisants pour entretenir son ménage. C'est en denrées que lui est apporté le prix des visites faites à des malheureux qui ne sauraient récompenser autrement les soins qu'il leur prodigue. Que peuvent être, en effet, les honoraires du médecin dans une maison désolée par la misère, et visitée par l'épidémie qui a choisi le chef pour sa victime ? Dans les villes, les fléaux trouvent des secours abondants ; le zèle et le dévouement des médecins ont de charitables auxiliaires ; mais dans les campagnes le médecin épuise vainement sa charité, il a peu d'aide et ses sacrifices ne trouvent de compensation que dans la satisfaction de sa conscience. Sublime mission alors que celle du médecin, s'il accomplit tous ses devoirs ! Il n'a pas seulement à lutter contre la maladie, contre la misère et souvent l'ingratitude, il a encore à combattre chaque jour le charlatanisme et l'ignorance rivalisant pour entraver ses soins et leur exercice.

Le mauvais état des chemins ne lui permet pas les douceurs d'une bonne voiture, à supposer qu'il pût l'acheter ; il ne sort qu'à pied ou à cheval. En hiver, quelle que soit la rigueur du temps, il s'affuble d'un manteau et il part en fredonnant un air de vaudeville qu'il a rapporté de son séjour à Paris, pendant l'heureux temps de ses études. Le soir, harassé, transi, il se couche, content de sa journée, espérant reposer bien tranquillement, mais le sommeil du médecin est le seul qu'on ne respecte pas. Dans son premier somme, alors qu'il est profondément endormi, la sonnette violemment agitée le réveille en sursaut et lui commande impérativement de voler au secours de gens qui se meurent. L'homme le plus bienfaisant et le plus humain, s'il n'était enfant d'Hippocrate, renverrait l'importun et dirait au patient d'attendre le jour. Le médecin, fidèle à sa mission et aux devoirs qu'elle lui impose de secourir les malheureux à toute heure, se lève et part au milieu de la nuit, par l'obscurité profonde ; il s'engage avec son guide dans des chemins impraticables, sans autre abri contre la pluie abondante qu'un manteau bientôt traversé. La maison où il arrive est froide, humide, éclairée par une lampe fumante brûlant sous la cheminée ; le malade est couché sur un ignoble grabat, qui soulève un sentiment invincible de pitié et de dégoût. Mais le médecin triomphe de ses répugnances, il s'approche du malheureux, il le touche, le palpe en tous sens, l'examine de si près qu'il respire son haleine, il colle son oreille sur sa poitrine, et tout entier à la pensée qui l'occupe, la guérison de la maladie, il ne voit pas même les objets répugnants qu'il touche. Ne trouvant là personne qui puisse comprendre et exécuter son ordonnance, il s'installe au foyer qu'il attise, afin de préparer la tisane, le cataplasme et ce qui est nécessaire pour la guérison de son malade ; il n'est pas seulement médecin, il remplit les fonctions de garde-malade, il s'empresse, s'ingénie pour trouver ce qui est nécessaire au soulagement de l'être souffrant qu'il veut guérir. Malheureusement, la maison manque de tout, l'homme charitable apparaît alors à côté du médecin, il a peu d'argent, cepen-

dant il tire de sa poche quelque menue monnaie et il envoie chercher ce qui est rigoureusement indispensable. Lorsqu'un fléau destructeur vient s'abattre sur les populations qu'il a mission de secourir, le médecin de campagne se multiplie : il va, vient, veille sans cesse; il encourage les uns, stimule les autres, les prémunit contre la terreur qu'entraîne l'idée de la contagion, et, afin de prévenir une désertion lâche et stupide au moment du danger, on l'a vu même revêtir et porter tout un jour la chemise d'un cholérique. (*La fin au prochain numéro.*)

La Faculté de médecine de Paris a tenu sa séance d'inauguration le 15 novembre. Le discours d'ouverture a été prononcé par M. Natalis Guillot. Son sujet était l'éloge de Requin, son prédécesseur dans la chaire de pathologie médicale. L'histoire de sa vie, de ses travaux, n'a pas seule servi de texte à ce discours, le nouveau professeur, à propos de l'érudition de Requin, s'est reporté dans le passé et a tracé un parallèle entre l'ancienne Faculté et la Faculté actuelle. Cette comparaison l'a amené à caractériser les tendances philosophiques modernes qui, relativement aux études médicales, s'exprime par un seul mot : *observation*, l'observation dont le champ est chaque jour agrandi par des moyens nouveaux fournis par le développement des autres sciences. Après ce discours applaudi, la Faculté a décerné les prix annuels aux élèves de l'École pratique : 1er grand prix (médaille d'or), F. Panas, de Céphalonie; 1er prix (médaille d'argent), E. A. Luton, de Reims; 2e prix, *ex æquo*, D. Brunet, d'Ambières et J. Guyot, de Nogent-le-Roi. — Prix Monthyon (médaille d'or), E. Isambert, d'Auteuil. — Le sujet du prix proposé pour le concours de l'année prochaine est la question suivante : « Déterminer par des observations recueillies dans les cliniques de la Faculté l'action thérapeutique du chlorate de potasse. »

L'École de pharmacie a décerné le prix de chimie à M. Danyau, et le prix de pharmacie à M. Gallois.

Par suite de la démission de M. Hardy, M. Henry Roger est conservé au nombre des agrégés de la section de médecine, et M. Aran a été désigné par M. le ministre de l'instruction publique pour faire le cours de pathologie et de thérapeutique générales, en remplacement de M. Andral.

Une brillante solennité a inauguré la rentrée des Facultés de l'Académie de Strasbourg. La séance a été présidée par M. Bérard, inspecteur général de l'Université, qui, dans un discours souvent interrompu par les plus sympathiques applaudissements, a rendu hommage à la direction pratique qui caractérise l'enseignement de la Faculté de médecine de Strasbourg. « C'est, a dit l'éminent professeur, la conviction des services qu'elle pouvait rendre dans une nouvelle sphère qui a déterminé le gouvernement à faire de cette Faculté la pépinière des médecins militaires. M. Michel Lévy, inspecteur du service de santé des armées, et directeur de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce, avait été délégué par le ministre de la guerre pour assister à cette solennité. A la fin de la séance, les prix de la Faculté ont été décernés ainsi qu'il suit : 1re année, J.-Lauth, de Strasbourg; 2e année, C. Schaumont, de Strasbourg; 3e année, A. Liétard, de Domremy; 4e année, A. Crussard, de Neufchâteau. Prix de thèse, J.-T. Picard, de Wissembourg.

Un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaire de Paris s'ouvrira à Strasbourg, le 3 janvier 1857, à Montpellier, le 12 du même mois, à Paris, le 20 du même mois. L'administration se réserve le droit de n'ouvrir le concours qu'autant qu'un certain nombre de candidats y prendraient part; il importe, en conséquence, que les candidats fassent connaître promptement leur intention, en requérant leur inscription sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux des intendants militaires des 1re, 6e et 10e divisions militaires. La clôture de cette liste aura lieu le 20 décembre prochain.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations sur la nature et le traitement du sclérème et de l'asphyxie,

Par M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine (¹).

Marche du sclérème. — Cette affection est-elle quelquefois congéniale? J'en ai, cette année, observé un cas remarquable : l'œdème occupait les extrémités supérieures et inférieures, et un épanchement assez considérable existait dans le péritoine. L'enfant n'a vécu que vingt-quatre heures. Quelle avait été la cause de cette hydropisie? Peut-être qu'avec des recherches anatomiques délicatement suivies, l'aurions-nous trouvée dans quelque altération du système sanguin. Le temps a manqué pour une semblable investigation. L'identité de lésions anatomiques permet-elle de rapprocher ce cas, et d'autres cas analogues, du sclérème développé après la naissance? Sans doute, dans l'un comme dans l'autre cas, l'œdème peut dépendre d'une perturbation semblable dans la circulation. Mais il y a, pour le second, *une maladie toute vitale*, l'inertie musculaire précédant l'œdème, et qui n'existe pas dans le premier.

Chez les enfants nés avant terme, le développement du sclérème est tellement rapproché de la naissance que l'on pourrait le considérer comme congénial; et cela a lieu quand ils ne sont pas l'objet de soins continus.

Chez d'autres enfants plus robustes, l'invasion peut encore être brusque, si la cause productrice a été brusque et intense. D'autres fois elle est précédée d'agitation, de cris caractéristiques, de faiblesse ou de torpeur, ou bien la maladie est consécutive à d'autres affections, notamment les affections intestinales, qui ont affaibli l'enfant.

Il est souvent difficile de dire quel est le point de départ de la maladie; les phénomènes vitaux ont des manifestations si peu énergiques à cet âge, qu'ils peuvent bien être déprimés sans que l'on s'en aperçoive. Cependant, en observant les enfants que l'on peut considérer comme prédisposés à cette affection, on les trouve généralement faibles, avant que l'œdème ne se montre; c'est-à-dire que l'état général précède l'état local. L'œdème paraît sur les points qui ont été indiqués, gagne de proche en proche, en même temps que la débilité et la réfrigération font des progrès, et dans l'espace de quelques jours, deux à six, la maladie se termine par la mort, à

(¹) Suite. — Voir la livraison précédente, page 433.

moins qu'un traitement efficace n'intervienne. Elle peut se prolonger de beaucoup au delà sous l'influence de la médication.

Des complications viennent souvent aggraver la maladie : telles sont des convulsions, des phénomènes tétaniques, du muguet, des vomissements ou de la diarrhée, des symptômes de bronchite, de pneumonie, etc., complications toujours graves, mais qui ne rendent pas nécessairement la maladie incurable.

Cependant tous les observateurs s'accordent à considérer le sclérème comme mortel dans la majorité des cas, la guérison étant exceptionnelle. J'ai l'espoir fondé de réformer un peu, sinon de renverser ce désespérant pronostic.

Etiologie du sclérème.— Je crois inutile de faire ressortir la prédisposition inhérente au nouveau-né lui-même, et déduite de sa faiblesse, du milieu nouveau dans lequel il se trouve ; de là nécessité pour lui de conserver, à l'aide des actes respiratoires et nutritifs, la température qu'avant sa naissance il tenait de sa mère. C'est bien là une prédisposition, sans doute, mais elle est commune à tous les nouveau-nés. Elle nous explique néanmoins pourquoi le sclérème est presque exclusif à cet âge, les fonctions calorigènes l'emportant ensuite sur les causes de réfrigération.

Mais dans la débilité commune aux nouveau-nés, il y a des degrés : si l'enfant robuste résiste aux causes d'affaiblissement qui l'entourent, l'enfant faible, ou né prématurément, y succombe. Dans les mêmes conditions le premier se développe, le second languit, se refroidit et devient sclérémeux. Presque tous les enfants nés de sept mois et demi à huit mois sont dévolus au sclérème, s'ils ne sont pas l'objet de soins spéciaux.

J'ai signalé la débilité musculaire comme la cause immédiate de cette maladie. Elle seule suffit chez l'avorton, à moins de soins infinis pour entretenir l'action des muscles. Ces organes, appelés prématurément à un exercice qui exigerait une organisation plus avancée, s'endorment sitôt qu'ils ne sont pas tenus en éveil ; la respiration et la circulation languissent. Des vêtements, des langes trop serrés, l'emmaillotement, exigent de la part de ces organes encore délicats des efforts exagérés, qui les fatiguent et les épuisent. L'inaction dans laquelle sont laissés ces petits êtres, serrés dans leur maillot, augmente la faiblesse et l'inertie musculaire. C'est avec raison que M. Hervieux, dans plusieurs communications à la Société médicale des hôpitaux, et dans son Mémoire sur l'algidité progressive (inséré dans les Arch. gén. de médecine, 1855, t. VI, p. 35), a insisté sur les fâcheux effets de l'inertie dans laquelle sont

laissés, pendant des heures entières, les enfants trouvés, nourris d'ailleurs artificiellement. C'est certainement là une des causes prédisposantes principales, et qui peut même devenir efficiente ; c'est elle qui rend le sclérème endémique dans les hôpitaux destinés aux nouveau-nés, et dans quelques campagnes, où les enfants se trouvent dans des conditions analogues ; ce sont des soins assidus, une alimentation convenable, qui préservent de cette maladie les enfants nés et élevés dans les familles aisées.

Le mode d'alimentation a une part très-grande dans le développement du sclérème. L'allaitement artificiel en est une des causes prédisposantes les plus actives. Presque tous les enfants ainsi alimentés, dans les hôpitaux, où le lait est loin d'être de la première pureté, sont frappés d'entérite, maigrissent rapidement, se refroidissent, s'atrophient : c'est l'algidité progressive de M. Hervieux ; c'est du sclérème ; l'œdème des membres ne tarde pas, en effet, à se joindre à ces symptômes. Il ne paraît pas que l'allaitement artificiel avec du lait, que l'on doit supposer pur, soit exempt de graves inconvénients. Il résulte, en effet, des recherches de M. de Watteville, qu'en Normandie, où l'on élève les enfants *au petit pot*, la population reste stationnaire, au lieu de s'accroître comme dans les autres contrées de la France. Il attribue, avec toute raison, ce déficit de la population à la mortalité qui frappe l'enfance, privée du sein maternel. J'ai l'intime conviction que le sclérème n'est pas étranger à cette mortalité.

Une alimentation insuffisante ou impropre à cet âge, avant même d'avoir irrité la muqueuse digestive, provoque des évacuations débilitantes, laisse l'enfant dans la prostration, au lieu de l'échauffer, de le vivifier, et concourt aux manifestations du sclérème.

Les causes qui viennent d'être signalées suffisent souvent pour déterminer la maladie ; mais ordinairement il s'y joint une cause déterminante qui exerce les plus grands ravages dans les hôpitaux d'enfants ; je veux parler du froid.

Si le sclérème se montre en toute saison, c'est néanmoins pendant l'hiver qu'il sévit avec le plus de rigueur. L'apparition des premiers froids est marquée par une explosion de la maladie ; c'est un fait que j'ai vu se produire à plusieurs reprises à l'Hôtel-Dieu, dans le service de la salle Saint-Pierre ; et l'action du froid était d'autant plus meurtrière que l'on était moins prémuni contre son invasion prématurée. Aujourd'hui que les enfants sont mieux préservés, cet accident est beaucoup plus rare.

L'existence du sclérème pendant l'été n'infirme en rien la valeur étiologique de la température hivernale. Le froid est relatif, et le nouveau-né souffre ou succombe dans des milieux qui n'ont aucune action sur l'adulte. C'est que l'un, par l'activité de ses fonctions calorigènes, suffit facilement à la déperdition de la chaleur qu'il éprouve dans son contact avec l'air et les corps environnants, tandis que l'autre n'en développe qu'une somme insuffisante, alors même que la température extérieure est élevée pour nos climats; et se refroidit s'il n'est artificiellement échauffé, excité, si les fonctions calorigènes ne sont éveillées et entretenues.

Quel est le mode d'action du froid? Cette action est locale ou générale. Localement, il détermine suivant son intensité, sa durée, une congestion, du gonflement, une teinte violacée, ou la pâleur et l'affaissement, signes précurseurs de la gangrène, si l'on n'y remédie promptement. Dans le premier cas, il y a stase et accumulation de sang dans les veines de la partie congestionnée; dans le second, le sang est expulsé de ces vaisseaux et ne pénètre plus dans les artères contractées par le froid. Ce sont là presque les deux formes localisées du sclérème. Nous avons fréquemment vu, pendant l'hiver, la première sur les lèvres, le nez, les joues de nouveau-nés que l'on rapportait de l'église où ils avaient été conduits pour le baptême. Quelques douces pressions suffisaient pour faire disparaître le gonflement et amener une teinte rosée en place de la teinte violacée. Le second effet du froid est commun dans les climats du nord, où l'on voit des parties exposées à l'air prendre une coloration anémique particulière, qui est le signe de la congélation. On sait que le moyen de rappeler la chaleur et la vie dans ces parties consiste dans l'emploi de frictions avec de la glace ou de la neige, le brusque passage à une température élevée pouvant amener la désorganisation et le sphacèle.

Les effets du froid ne restent pas longtemps localisés chez le nouveau-né; tout le corps participe bientôt à la réfrigération, et cela d'autant plus facilement que l'enfant est plus délicat. Les effets généraux du froid sont un engourdissement musculaire, dont la conséquence est l'affaiblissement de la respiration et de la circulation, la faiblesse de la circulation dans les vaisseaux artériels et veineux, la congestion de ces derniers, la tuméfaction de la peau, la cyanose, l'infiltration du tissu cellulaire; en un mot, la première forme généralisée du sclérème. Un froid plus intense, plus prolongé chez un enfant débile, refoule le sang des capillaires vers le cœur, affaisse les veines, rétracte les artères et empêche l'arrivée du sang dans ces

vaisseaux; la peau pâlit, s'affaisse sur le tissu cellulaire induré; c'est la seconde forme du sclérème. Le froid peut saisir un nouveau-né robuste, et déterminer un sclérème d'emblée; mais le plus communément son action est préparée ou favorisée par les causes qui ont été précédemment énumérées.

Dans la seconde enfance et dans l'âge adulte, l'activité des fonctions calorigènes, favorisée par l'exercice, l'alimentation, ranimée au besoin par la chaleur artificielle, s'oppose aux manifestations sclérémeuses. Néanmoins, le froid prolongé, une alimentation et des vêtements insuffisants, la misère, peuvent à tout âge provoquer des accidents semblables.

Lorsque j'ai communiqué à la Société médicale des hôpitaux mes premiers cas de guérisons obtenues par le massage, MM. Barthez et Legendre ont rapporté des faits d'œdème, récemment observés dans leur service sur des enfants de cinq à six ans, tout à fait analogues au sclérème, sans lésions organiques, et manifestement causées par le froid extérieur. A la même époque, j'avais à l'Hôtel-Dieu, dans mon service, un adulte atteint d'infiltration générale, sans albuminurie ou lésions organiques, et dont j'ai dû attribuer la cause au *refroidissement prolongé*, préparé d'ailleurs et favorisé par une alimentation insuffisante. Quelques jours de repos, de chaleur, d'alimentation substantielle, aidés d'une médication tonique, suffirent à la guérison de cette affection si grave au premier aspect. La cause de l'infiltration ne me paraît pas différer ici de celle qui agit sur le nouveau-né.

Mais le froid ne supprime-t-il pas la perspiration cutané? N'est-ce point là plutôt son mode d'action? L'œdème n'est-il pas dû à une hypercrinie métastatique, à une exhalation par déplacement? Certainement on ne peut nier, en partie du moins, ce mode de production chez l'adulte, dont la peau est le siége d'une perspiration plus ou moins abondante. Mais cette fonction est à peine établie chez le nouveau-né, et c'est, à mon avis, commettre une erreur que de rattacher le sclérème à cette cause; que si l'induration des extrémités était un effet local de la réfrigération cutanée, on n'aurait véritablement affaire qu'à une affection locale de peu d'importance, et non à une affection générale presque toujours promptement mortelle.

Des faits et considérations qui précèdent, on peut rationnellement déduire les conclusions suivantes :

Nature du sclérème. — Le sclérème n'est point une maladie anatomique : aucune des lésions qu'il laisse après lui n'est suffi-

sante pour en expliquer la genèse; l'œdème n'est ici, comme dans les autres maladies, qu'un symptôme secondaire.

L'ensemble symptomatique nous fait connaître des lésions fonctionnelles, mais ne nous apprend rien sur leur coordination.

Il faut remonter à la cause immédiate pour en suivre la filiation.

Or, cette cause étant, suivant nous, l'adynamie ou l'inertie musculaire, il est facile d'en saisir les conséquences.

Le sclérème est donc, d'après sa cause, une *adynamie musculaire*; et, d'après ses effets principaux, un mélange d'asphyxie et de syncope. Ce sera, si l'on veut, l'*asphyxie syncopale des nouveau-nés, par inertie musculaire*; *c'est l'inertie musculaire des nouveau-nés*.

Cette doctrine nous conduit à des conséquences thérapeutiques à peu près certaines.

Je dois avouer, néanmoins, que le traitement que j'ai adopté n'est point la conséquence directe de cette doctrine, mais que celle-ci est née, pour ainsi dire, des résultats que j'ai obtenus.

Ma première opération de massage était plutôt dirigée contre l'*œdème* du nouveau-né, que contre l'*inertie* des muscles. Imbu des doctrines régnantes, je compris cependant de suite les avantages qui devaient résulter de la provocation artificielle de la respiration; l'influence des cris de l'enfant sur l'ampliation de la poitrine et sur les actes respiratoires; les mouvements artificiels de la cage thoracique, me semblèrent tout d'abord le complément obligé du massage. Prenant ensuite en considération l'activité communiquée à la circulation veineuse par l'action musculaire, j'ajoutai à ces moyens la gymnastique des membres; enfin, j'arrivai à cette conclusion que pour traiter et guérir le sclérème, il fallait, avec le massage et les mouvements dans tous les sens, activer la circulation dans les gros vaisseaux et les capillaires, et provoquer, aviver, réveiller, entretenir l'activité musculaire. Les résultats du traitement n'ont pas tardé à me convaincre que l'induration, malgré sa rapide modification par le massage, n'était dans le sclérème qu'un symptôme secondaire; qu'il fallait remonter aux fonctions de la respiration et de la circulation pour arriver à la cause immédiate du mal. Là, je constatai l'asphyxie signalée par Valleix; mais aussi la débilité cardiaque, compagne de l'asphyxie. Cela ne suffisait pas, cependant, car l'une et l'autre avaient une cause? Quelle pouvait être cette cause, sinon l'impuissance des agents des deux fonctions en souffrance? De là est née la théorie du sclérème que je propose. Si je suis dans le vrai, ce m'est un plaisir de rendre à M. Hervieux la justice que j'ai pu être influencé, même à mon insu, par l'insi-

stance qu'il a mise à faire connaître les déplorables résultats de l'inaction dans laquelle sont laissés, pendant des heures entières, les enfants recueillis dans les hospices spéciaux.

Traitement du sclérème. — Prophylaxie. — Dans les hospices d'enfants trouvés, il sera toujours difficile d'entourer l'enfant de soins suffisants pour réveiller ou entretenir la contractilité musculaire, qui est alors la source de la vie, puisque les fonctions respiratoires en dépendent.

Si l'on voulait éviter cette influence désastreuse, il faudrait multiplier les gens de service, et exiger que chaque enfant fût changé, réchauffé, excité par une douce gymnastique des membres, au moins toutes les deux heures.

Le maillot, usuel à Paris, et tous les vêtements destinés à comprimer les membres et le tronc ; et, pour ainsi dire, à momifier l'enfant, ont une action fâcheuse sur les muscles, qu'ils engourdissent. Un enfant qui reste pendant des heures serré dans son maillot, doit nécessairement tendre à l'asphyxie. Sans doute, je n'ai pas la prétention de réformer un usage aussi généralement établi, et sans inconvénient sérieux pour les enfants convenablement surveillés et soignés; mais je n'appelle pas moins de tous mes vœux, sinon une réforme immédiate, du moins une surveillance active sur l'application du maillot, auquel on doit laisser assez de laxité pour ne point entraver la contraction musculaire et l'expansion de la cage thoracique. J'ai fait supprimer chez les enfants soumis à mes soins le croisement au-devant de la poitrine des bras serrés à l'aide d'un fichu. On conçoit combien cette position doit gêner la respiration.

Comme tous les médecins qui ont dans leurs attributions un service de femmes en couches, j'ai souvent gémi de l'effrayante mortalité qui frappe sur les nouveau-nés nourris artificiellement. Lorsque, il y a quelques années, je pris le service de la salle Saint-Pierre, composé de trente-quatre lits de femmes en couches, renouvelés au moins tous les sept à huit jours, je voyais disparaître les enfants sans même avoir été appelé à leur donner des soins. Leur alimentation, leurs vêtements, la chaleur, appelèrent mon attention. De bons vêtements, des langes de laine ont été progressivement ajoutés aux légers vêtements de toile qui couvraient ces enfants. Quand ceux-ci sont trop frêles, on les enveloppe d'abord de cardes d'ouate chauffées, appliquées directement sur la peau, et sous les autres pièces du maillot. Quand la température est froide, on entretient au pied du berceau une bouteille d'eau chaude, tenue à distance suffisante des pieds pour ne pas les exposer à la brûlure. A plusieurs reprises dans la

journée, les enfants sont démaillotés pour être changés et réchauffés. Les plus délicats sont l'objet de soins spéciaux; on recommande aux mères de les réchauffer dans leur lit, de les garder près d'elles au besoin, de les démailloter souvent, et de leur transmettre de la chaleur par le contact direct des mains ou du corps. En agissant ainsi, nous avons neutralisé en grande partie l'influence fatale du froid.

L'allaitement est une des questions les plus importantes dans la vie du nouveau-né. Il succomberait presque sûrement, malgré les soins dont il serait entouré, s'il n'avait qu'une nourriture artificielle, défectueuse par elle-même, mais surtout par la mauvaise qualité de l'aliment. Il fallait aussi conjurer ce danger. Je crus pouvoir, au nom de la morale, établir en règle, dans mon service, que toute femme qui donnait le jour à un enfant devait le faire vivre jusqu'au moment de sa sortie, et l'allaiter conséquemment. Que si, après avoir *placé* son enfant, elle avait besoin de soins pour *faire passer son lait*, elle serait admise de nouveau à l'hôpital.

La règle est exécutée, malgré de nombreuses résistances; et les enfants, convenablement alimentés, vivent et se développent. Cependant, beaucoup de ces femmes quittent l'hôpital prématurément, du quatrième au cinquième ou huitième jour, pressées par le désir de mettre leurs enfants en nourrice ou de les abandonner. Quoi qu'il en soit, l'enfant a bénéficié de l'allaitement maternel pendant les premiers jours qui suivent la naissance; il est plus apte à supporter une autre alimentation.

Traitement curatif. — Jusqu'ici la thérapeutique du sclérème a été à peu près complétement inefficace.

Les bains chauds, les frictions aromatiques répétées, des sachets de sable chaud dont on entoure les enfants, des bains aromatiques, des potions cordiales, l'ingestion de lait rendu stimulant par l'addition de substances aromatiques, telle est la série de moyens que l'on a opposés presque toujours infructueusement au sclérème. Il y a néanmoins des cas de guérison. Je suis persuadé qu'ils sont dus aux soins continus, aux frictions répétées, à l'état de stimulation incessante dans laquelle on a tenu les enfants.

Les premiers froids de l'année 1854 ont déterminé dans mon service plusieurs cas de sclérème. Ayant, un matin, reçu dans mes mains les membres durs et glacés d'un enfant, l'idée me vint d'y pratiquer le massage; cette opération fut suivie d'un prompt succès (1).

---

(1) Le massage, que j'ai trouvé indiqué seulement dans Gardien, est consi-

Voici comment je procède à cette petite opération : je saisis à pleines mains les membres indurés, j'y exerce des pressions avec relâchements alternatifs ; la pression est assez forte pour se faire sentir jusqu'aux parties les plus profondes ; mais pas assez néanmoins pour déterminer l'attrition des parties. Comme elle s'exerce sur une surface assez large, ses effets sont toujours modérés. J'agis ainsi sur les membres inférieurs et supérieurs. Sur la face, le pubis, les parties génitales, je presse avec la pulpe des doigts; aux membres, j'exerce, autant que possible, la pression de bas en haut, afin de refouler les liquides dans ce sens et de favoriser le retour du sang veineux. En même temps, j'excite la respiration artificiellement par des pressions latérales sur les parois de la poitrine et sur la région épigastrique, en imitant les mouvements normaux de la respiration. L'influence connue des contractions musculaires sur le cours du sang veineux m'a conduit à joindre au massage une sorte de gymnastique artificielle, par la flexion et l'extension alternative des membres, par des mouvements communiqués au tronc en divers sens; que l'on me passe cette expression vulgaire, je *tripote* l'enfant dans tous les sens.

Les premiers effets du massage sont les suivants : au bout de quelques instants la coloration cyanique de la peau est remplacée par une teinte rosée : c'est un fait immédiat et constant.

La chaleur renaît donc dans les parties indurées, soit par suite des modifications opérées dans la circulation capillaire, soit par la transmission de la chaleur de la main de l'opérateur. Après quelques minutes de massage, les parties indurées se ramollissent, s'assouplissent, les mouvements de flexion et d'extension sont plus faciles à produire ; quelquefois même l'enflure semble fondre sous la main, pendant cette opération, dont la durée est de cinq à dix minutes ou plus, suivant la gravité du cas. Toutefois, la résolution complète de l'œdème exige ordinairement deux à trois jours de soins.

Le massage paraît douloureux à l'enfant; car il s'agite, il veut crier, il crie faiblement d'abord ; mais bientôt excités par la douleur, par les mouvements communiqués, les muscles inspirateurs se réveillent, la respiration s'active, le cri s'élève, et souvent, vers la fin de l'opération, l'enfant, dont la voix était éteinte au début, crie avec

déré par cet auteur comme un moyen aussi inefficace que les autres. Il est permis de considérer comme nouveau le massage tel que nous le pratiquons, le massage continué pendant plusieurs minutes, fréquemment répété, accompagné d'une gymnastique générale, ayant pour but et pour effet l'excitation musculaire, et presque toujours suivi de guérison.

énergie. Ces cris, ces efforts appellent l'air dans la poitrine, et l'hématose se rétablit; le cœur aussi est incité par la douleur, par les mouvements communiqués, par le sang qu'il reçoit révivifié dans le poumon. Tous ces résultats sont dus à l'action musculaire réveillée, incitée; sans elle, aucun traitement ne peut être efficace.

Le chatouillement des parties latérales de la poitrine, des aisselles, paraît pénible à l'enfant, qui s'agite et crie avec d'autant plus de force que l'action du moyen se prolonge davantage. J'en ai récemment constaté de bons effets sur des avortons chétifs : c'est un bon adjuvant du massage.

Après l'opération, l'enfant est enveloppé de linges chauds. On lui ingère, quand on le peut, quelques cuillerées de lait, ou on le fait teter, s'il est assez fort pour cela. Il est rare qu'après quelques massages, il ne cherche point à prendre le sein; c'est un signe presque assuré de guérison.

Le massage est répété toutes les deux à trois heures, de la même manière et pendant deux à trois jours; rarement la guérison se fait attendre plus longtemps; mais si l'enfant est faible, il exige une continuation de soins, pour l'empêcher de se refroidir de nouveau.

J'ai indiqué les effets visibles du massage. Les mêmes effets doivent se passer dans les parties profondes. La pression exprime des capillaires et des troncs vasculaires le sang qui s'y est accumulé. Le relâchement qui succède à la pression laisse un vide dans ces vaisseaux, qui font appel au sang artériel; celui-ci,bientôt revivifié par l'expansion plus active des poumons, arrive dans ces vaisseaux que la pression a vidés; la coloration rosée de la peau succède à la teinte cyanique; la circulation commence à se rétablir dans les parties profondes; les veines se vident, l'œdème se résorbe.

L'œdème peut se résoudre sous l'influence du massage, sans que les symptômes généraux s'amendent. Mais à l'œdème succède l'induration graisseuse, et cela d'autant plus facilement que l'enfant est plus faible. C'est ce que j'ai vu plusieurs fois arriver chez les avortons, chez qui le sclérème *œdémateux*, guéri par le massage, était remplacé par le sclérème *dur*. Les muscles de ces petits êtres sont tellement faibles, qu'à peine excités ils retombent dans l'inertie, et comme ces enfants ne peuvent teter ni avaler, ils se dessèchent et se ratatinent comme les plantes privées d'eau.

Pour obvier à cet inconvénient, j'ai pris le parti, à l'exemple de M. Henriette, médecin de l'hôpital des Enfants trouvés, à Bruxelles, de faire injecter directement du lait fraîchement extrait à l'aide d'une tétrelle, dans l'estomac de l'enfant incapable d'exercer la déglutition.

Une sonde de gomme élastique de petit calibre est introduite, soit par une narine, soit par la bouche, jusque dans l'estomac. Cette introduction se fait avec facilité par ces deux voies, sans que jamais nous ayons vu l'instrument se dévier vers les voies respiratoires. La flexibilité de la sonde lui permet de se recourber sur la paroi postérieure du pharynx et de prendre la direction de l'œsophage. Le lait est injecté lentement, progressivement, afin de distendre l'estomac par degrés. Quelquefois l'enfant en rend une partie pendant l'opération; mais il en reste toujours dans l'estomac une quantité suffisante (60 à 80 grammes) pour alimenter l'enfant. L'injection est faite soir et matin; et, dans certains cas, trois fois en vingt-quatre heures. Dans l'intervalle, on tâche de faire avaler quelques cuillerées de lait, en l'ingérant dans la bouche. Il y aurait probablement avantage à répéter cette petite opération, qui est d'une extrême facilité, plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

Il y a peu de temps, deux enfants jumeaux, nés un mois avant terme, pris de sclérème presque immédiatement après leur naissance, traités et guéris par le massage et l'agitation musculaire, incapables de teter et d'avaler, étaient en voie et dessiccation par défaut d'ingesta. Le lait introduit dans leur bouche en était rejeté par le nez. Ces enfants furent nourris par des injections de lait dans l'estomac. On les vit aussitôt se ranimer, comme les plantes flétries que l'on arrose. Pendant quinze jours, M. Millard, interne du service, les a ainsi alimentés avec un zèle auquel je me plais à rendre justice. Ils commençaient à se développer; l'un d'eux même a pu prendre le sein, mais après quinze à vingt jours de cette alimentation, après s'être ranimées, ces deux petites créatures s'amoindrirent de nouveau et finirent par succomber, soit par faiblesse d'organisation, soit par insuffisance de substances nutritives. Malgré l'insuccès de cette tentative, les résultats en avaient été assez avantageux pour nous encourager et nous promettre un succès complet.

Depuis, le moyen a été répété sur plusieurs avortons, de sept mois et demi à huit mois, qui ne pouvaient teter, et qui rejetaient le lait ingéré dans la bouche. Quelques-uns, ainsi nourris et stimulés pendant deux à trois jours, ont commencé à prendre le sein. Il a suffi de les faire vivre artificiellement, de les exciter, pour éveiller en eux la force nécessaire à la succion.

Mais le succès le plus remarquable que nous ayons obtenu a eu lieu sur un enfant, né à sept mois de grossesse d'une mère cachectique et d'une petitesse extrême. Pris de sclérème occupant les pieds, les jambes, les parties génitales, le côté externe des avant-

bras, presque immédiatement après sa naissance, il fut assez promptement réchauffé et *désinfiltré* par le massage et l'agitation; mais il commençait à se dessécher, faute d'aliments qu'il ne pouvait avaler. Il fut soumis aux injections de lait, deux et trois fois en vingt-quatre heures. Il se ranima aussitôt, mais sans se développer sensiblement. L'induration cependant avait disparu, et à force de soins on entretint la chaleur et l'excitation musculaire. Ce traitement fut continué durant vingt et quelques jours avec dévouement, par les soins de MM. Millard et L. de Saint-Germain. Vers le douzième jour, au moment où nous croyions être assurés du succès, nous vîmes l'enfant dépérir et jaunir; on lui fit prendre une petite dose de sirop de chicorée, et chaque jour un bain aromatique. On redoubla de soins pour l'entretien de la chaleur et la stimulation des muscles. Ces moyens produisirent un bon effet. La coloration jaune s'effaça assez rapidement, et le teint reprit de la fraîcheur. Vers le vingt-cinquième jour, l'enfant commença à prendre le sein, et à se développer d'une manière sensible. A trente et quelques jours, c'est encore un avorton, mais plein de vivacité, faisant bien toutes ses fonctions. Il a subi un commencement de muguet qui n'a pas eu de suite. Il est sorti de l'hôpital en bonne voie de développement et plein de vigueur, vers le quarantième jour d'existence.

Le massage et l'agitation musculaire, l'entretien d'une chaleur convenable autour de l'enfant, l'allaitement naturel ou artificiel, comme nous venons de l'indiquer, constituent le trépied thérapeutique du sclérème.

A ces moyens il faut en ajouter d'autres d'un effet accessoire, mais parfois utiles, surtout quand il s'agit de remplir une indications péciale, d'atteindre une complication.

Les bains aromatiques dont il vient d'être question sont un bon adjuvant des moyens précédents. Ils ne sont pas néanmoins nécessaires; et, dans les saisons froides, je les ai souvent négligés, dans la crainte de refroidir l'enfant, et cela sans que le massage perdît de son efficacité.

On préconise les frictions sur la peau: elles ne peuvent qu'être avantageuses, mais seules elles sont complétement inefficaces; elles deviennent inutiles à côté du massage; on pourrait néanmoins les adjoindre à ce moyen.

Le vomitif (sirop d'ipéca, additionné de quelques centigrammes de poudre d'ipéca) m'a paru utile dans quelques cas. Les efforts de vomissements provoquent l'ampliation de la poitrine, l'ampliation des poumons, excitent la respiration. Mais le vomitif n'est point

applicable à beaucoup de cas, souvent même il manque son effet, et fatigue inutilement l'enfant; les mouvements artificiels du thorax donnent des résultats plus sûrs et plus prompts. Cependant, sur un enfant robuste, surtout s'il y avait une complication de pneumonie, de bronchite, d'engouement pulmonaire, le vomitif serait parfaitement indiqué, et rendrait d'utiles services, soit en dégorgeant les organes de la respiration, soit en favorisant l'ampliation de la cage thoracique.

Les émissions sanguines ne peuvent être conseillées ou prescrites d'une manière absolue : sur un enfant débile, elles seraient funestes ; sur un enfant pléthorique, elles seraient indiquées pour combattre une congestion cérébrale, une pneumonie. L'indication de l'émission sanguine doit être mesurée sur la nature et la gravité des complications, sur la force et la résistance de l'enfant. J'ai rarement rencontré l'occasion d'y avoir recours ; les phénomènes congestifs et asphyxiques étant presque toujours immédiatement modifiés par le massage.

On a conseillé les affusions froides. J'admettrais volontiers leur efficacité sur des enfants robustes, à réaction probable ; mais sur les enfants frêles, j'en craindrais les funestes effets. Ayant en main des moyens à peu près certains, je me sens, d'ailleurs, peu disposé à en faire l'expérimentation.

J'aurais eu de la préférence pour un autre moyen, si je n'en avais constaté l'impuissance : je veux parler de l'appareil à incubation, employé par la chirurgie pour faciliter la cicatrisation des plaies. En 1848, à l'hôpital Beaujon, mon ami M. Laillier, alors mon interne, aujourd'hui médecin des hôpitaux, avait eu l'ingénieuse idée de placer les sclérémeux dans cet appareil. Malgré les soins qu'il apporta dans ses expériences, il n'obtint aucun effet favorable. J'ai dû parler du moyen, malgré son insuccès, afin de prévenir de nouvelles tentatives dans cette direction, et pour donner une preuve nouvelle que la chaleur introduite artificiellement devient inutile, si les actes fonctionnels qui la produisent intérieurement ne sont pas excités.

Parmi les complications du sclérème, le muguet, la diarrhée, appellent l'attention du médecin. Le premier, quand il est local, cède facilement à l'usage d'un collutoire boraté. La diarrhée est combattue souvent avec avantage par les lavements anodins et amylacés, les cataplasmes sur le ventre, des bains. J'ai vu de malheureux petits enfants résister au sclérème, au muguet, à une diarrhée abondante, pendant plusieurs jours, et guérir. Un enfant que j'ai

présenté à la Société médicale des hôpitaux, après avoir passé par ces diverses phases, avait fini par triompher; malgré la guérison de ces graves accidents, il était alors encore dans un état de faiblesse et de dépérissement tels, que l'on pouvait douter s'il aurait assez de force pour vivre. Cependant il a vécu, et a depuis acquis un remarquable développement. En pareil cas, j'ai employé contre le muguet et la diarrhée, à la sollicitation de M. Emile Isambert, le chlorate de potasse, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme dans un julep, dans le but de désinfecter les matières des évacuations et de modifier la stomatite, mais sans résultat favorable sous l'un et l'autre rapport. Les émollients intérieurs et extérieurs m'ont toujours paru plus efficaces. Les complications dont je viens de parler ne doivent pas faire désespérer des sclérémeux; du moment où l'on parvient à réveiller la respiration et la circulation, les autres accidents peuvent se terminer heureusement.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Quelques remarques pratiques sur le traitement de l'anthrax,

Par le docteur HAWKESWORTH LEDWICH, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Peter-Street, à Dublin.

S'il ne s'était produit dans ces derniers temps quelque divergence d'opinion relativement au traitement de l'anthrax, ce serait chose presque superflue que d'entrer en discussion au sujet d'une maladie si connue et si souvent observée par les chirurgiens. Mais du moment que l'on a mis en question la nécessité de l'intervention opératoire, du moment que l'on a soutenu hautement et sans ambage qu'une méthode déduite de l'observation d'un siècle tout entier ne repose que sur des principes erronés, et que, de plus, l'emploi de cette méthode est plein d'inconvénients pour le malade, auquel elle inflige de la douleur sans nécessité et dont elle retarde la guérison, on ne peut plus craindre d'être accusé de prendre la plume sans sujet, et l'observateur se trouve placé plutôt dans la position d'un témoin impartial qui confesse la vérité que dans la situation d'un défenseur d'une méthode qui compte plus d'autorités en sa faveur que d'expériences et d'observations.

Comme tout le monde le sait, l'anthrax est une maladie essentiellement gangréneuse, qui commence par une tumeur petite, dure, d'abord sans changement de couleur à la peau; puis augmentant

graduellement de volume, sa surface devient livide et passe lentement au noir foncé. La sensation de dureté fait alors place à une sensation d'empâtement; des vésicules paraissent à sa surface, lesquelles se convertissent peu à peu en pustules; celles-ci s'ulcèrent et fournissent un pus sanieux et fétide, en donnant à la tumeur un aspect crébriforme. La portion centrale de la tumeur, marchant vers la désorganisation, perd sa coloration brune aussitôt que la peau tout entière est frappée de mort, et une escarre grisâtre occupe la partie saillante et médiane, tandis qu'au pourtour, la teinte d'un brun livide, suivant son accroissement circonférentiel, indique non-seulement les progrès destructeurs de la maladie dans la peau, mais encore la désorganisation d'une portion plus étendue du tissu aréolaire sous-jacent. Plus tard tous les tissus affectés succombent à la violence de la tendance gangréneuse et une masse désorganisée, grisâtre, molle, s'élevant au-dessus des surfaces environnantes, indique l'étendue de la destruction qui s'est produite. Il n'y a pas, à proprement parler, de trace bien marquée d'inflammation conservatrice normale autour de la tumeur, mais la peau perd lentement son état de congestion, dans une étendue assez limitée pourtant, et une ulcération progressive sépare les parties mortes de la portion faiblement vitalisée du tégument qui a résisté. Des granulations finissent par soulever l'escarre, et un ulcère profond, à bords déchiquetés, succède à sa chute; des bourgeons charnus finissent par combler la perte de substance, utilisant les lambeaux de peau qui restent, le tout se contracte peu à peu et donne lieu à une cicatrice déprimée, irrégulière, qui traduit la perte de substance éprouvée par la partie.

Des symptômes constitutionnels précèdent et d'autres fois accompagnent la maladie. Les premiers, qui peuvent se montrer des semaines avant leur développement, consistent en une disposition cachectique (anorexie, irrégularité des garde-robes, urines troubles, fatigue au moindre exercice, rougeur de la face de temps en temps, trouble du sommeil, et céphalalgie dans la matinée); d'autres fois, ce sont seulement des phénomènes d'asthénie. Quant aux phénomènes du début, ils sont en général plus ou moins sthéniques; mais ils ne tardent pas à être suivis de phénomènes asthéniques, qui s'aggravent à mesure que la maladie locale avance vers la désorganisation.

Sans vouloir passer en revue toute l'histoire de la maladie, il est encore deux points que je veux toucher, tous deux d'une grande importance, au point de vue du traitement à suivre, le siége de la maladie et son pronostic. Je n'hésite pas à penser en effet, contraire-

ment aux opinions généralement reçues, et cela avec Miller et M. Nélaton, que l'anthrax est plutôt une maladie sous-cutanée qu'une maladie cutanée. Au début, l'induration est bien certainement sous-cutanée, et, à mesure que la maladie marche, elle s'étend des couches profondes aux couches superficielles de la peau, qui finit par participer à l'affection gangréneuse, et la preuve de ce que j'avance est dans ce fait que lorsque l'anthrax est situé dans des points où la peau est naturellement lâche, comme à la paupière, où elle peut être aisément détachée de la face superficielle de la tumeur, on la trouve molle, élastique et évidemment saine. Ensuite si l'on fait une incision et qu'on examine avec soin la surface incisée, on y reconnaîtra les divers degrés de la maladie devenant de plus en plus intenses à mesure qu'on se rapproche de la partie superficielle. De plus la suppuration qui se fait dans la peau, et que l'on reconnaît à l'ulcération cribriforme, ne survient que lorsque le tissu aréolaire a été complétement gangréné. Enfin, si l'on ouvre un anthrax à une période avancée, l'étendue sous-cutanée du sphacèle est toujours plus grande que l'aspect extérieur de la peau malade ne semblerait devoir l'indiquer.

La question du pronostic me paraît plus grave et plus litigieuse : constitution, âge, habitudes antérieures, et surtout vieillesse et débilitation jouent un grand rôle; mais ce qui paraît devoir ajouter beaucoup à la gravité du pronostic, c'est le nombre et l'étendue des tumeurs, à cause de l'épuisement qui peut en résulter pour la constitution. L'apparition subite d'une coloration noirâtre me paraît encore mériter une grande considération et une diathèse rhumatismale ou goutteuse, la paralysie ou l'aliénation mentale me paraissent des complications très-sérieuses; les personnes aliénées guérissent rarement d'un anthrax, si la maladie est un peu grave.

J'arrive enfin au traitement : ce traitement peut être local ou constitutionnel. Le premier se compose de stimulants, des escarrotiques, de l'excision, de l'incision et de l'expectation; le second comprend principalement des toniques et des sédatifs.

Les vésicatoires ont été essayés sur une assez grande échelle par Physick, de Philadelphie, avec des résultats qui ne l'ont pas engagé à persister dans cette pratique. L'expérience ne semble pas avoir pris non plus sous son patronage un traitement empirique que l'auteur, M. Thielman, dit cependant avoir essayé avec le plus grand succès dans trois cent quarante-deux cas d'anthrax, à toutes les périodes. M. Thielman décrit, du reste, son traitement comme suit :

Pr. Essence de térébenthine................ 30 grammes.

Emulsionnez avec :

Jaune d'œuf.......................... N° 1.

Ajoutez :

Esprit de camphre..................... 30 grammes.
Infusion de camomille.................. 500 grammes.

Trempez des linges dans ce mélange, appliquez-les sur la tumeur et couvrez, afin de prévenir l'évaporation.

Que ce traitement puisse réussir dans des cas légers, la chose est possible; mais sans avoir l'expérience d'un pareil traitement, il est bien permis à un chirurgien prudent de se défier d'une méthode dont l'activité paraît aussi équivoque.

Les caustiques ont compté et comptent peut-être encore quelques partisans, et Physick est entré dans de grands détails relativement à la période à laquelle ils peuvent être le plus utiles pour amener le desséchement rapide des escarres et pour calmer la douleur brûlante qui tourmente le malade. Il se servait de potasse caustique, mais seulement lorsque des ulcérations s'étaient formées. Le chlorure d'antimoine et le cautère actuel ont eu aussi leurs défenseurs, surtout parmi les anciens chirurgiens. Si l'on examine cependant l'action d'un escarrotique dans l'anthrax, on ne tarde pas à reconnaître que des objections sérieuses doivent rejeter cette pratique dans la chirurgie d'un autre âge. Quel est, en effet, le but des caustiques? Produire une escarre plus ou moins étendue et substituer ainsi une inflammation de bonne nature à une inflammation atonique. Or, si l'application des caustiques est faite de bonne heure, à une époque où la peau n'est que secondairement affectée, on détruira nécessairement une portion de téguments qui aurait pu et qui aurait dû même échapper à la destruction. Que si, au contraire, on attend à une époque plus éloignée, il est impossible de déterminer l'étendue qu'il faut donner à cette application, aucune apparence extérieure n'indiquant la distance exacte à laquelle a pénétré la désorganisation sous-cutanée, et on ne saurait trop réprouver la pratique consistant à détruire seulement le centre de la tumeur, non pas tant cependant à cause de ses dangers que parce qu'elle s'oppose à l'emploi légitime du moyen que l'expérience a sanctionné et complétement autorisé; nous voulons parler de l'incision.

C'est à Wiseman qu'appartient certainement l'honneur d'avoir proposé le procédé opératoire le mieux calculé pour prévenir les changements pathologiques qui résultent de l'évolution de l'inflammation anthracique. « Je propose, dit-il, de scarifier ou de couper dans la tumeur, pour donner issue à l'humeur. » Depuis Wiseman,

cette pratique a été acceptée par les chirurgiens les plus éminents : Dupuytren, Boyer, Cooper, Brodie, Syme, Miller, etc., et, de plus, elle est recommandée dans les traités de chirurgie publiés jusqu'à ce jour, à une exception près, dont je ferai bientôt mention en discutant la recommandation donnée par M. Nélaton, relativement au traitement de cette affection.

L'incision doit commencer dans les tissus sains et se terminer au delà d'eux, comprendre toute l'épaisseur de la tumeur et pénétrer jusque dans le tissu aréolaire; une deuxième incision à angle droit avec la première constitue ce qu'on appelle l'incision cruciale. Si la tendance gangréneuse continue, il devient souvent nécessaire de prolonger les incisions jusqu'à une distance variable, aussi loin que la maladie semble s'étendre. Des cataplasmes, des stimulants, des pansements avec le diachylon pour amener la séparation des escarres, pour exciter la formation de bourgeons charnus et amener l'adhésion des lambeaux tégumentaires aux granulations sous-jacentes doivent compléter le traitement. Mais cette pratique, qui consiste à faire ainsi des incisions de bonne heure, avant que la désorganisation se soit produite peut-elle être défendue? Sa défense repose évidemment sur ce fait incontestable que des anthrax peuvent être arrêtés dans leurs progrès par une intervention qui a lieu de bonne heure et sur ce qu'on peut substituer une suppuration partielle à une désorganisation ou à un sphacèle étendu qui ne manqueraient pas de survenir si les incisions étaient remises à une période avancée de la maladie; c'est même une règle d'une haute importance pratique pour le chirurgien que de se rappeler que pour les anthrax situés dans une partie où le tissu cellulaire abonde ou dont le rôle est important pour les grandes fonctions de l'économie : paupières, oreille, pénis ou lèvres, plus tôt la tumeur est largement libérée de sa prison et plus grande est la probabilité d'un résultat comparativement favorable.

Que le chirurgien se garde bien cependant de faire une pratique absolue des incisions cruciales, et de ne pas avoir égard à ses conséquences, soit relativement à la partie elle-même, soit dans ses rapports avec la vitalité propre du malade. Si l'anthrax est arrivé à la période de sphacèle et a cessé de s'étendre en circonférence, la peau et le tissu cellulaire sont détruits; à quoi pourraient servir des incisions, si ce n'est à faire du mal? On pourrait tout au plus inciser les tissus sains à l'entour; mais cette conduite n'accélérerait pas le détachement des escarres, pas plus qu'elle ne hâterait la cicatrisation. Dans les anthrax fort étendus également, si le malade est très-débilité, il

faut être prudent dans les incisions que l'on pratique à la peau. J'ai vu mourir en deux heures et demie, dans un affaissement que rien ne put conjurer, un homme chez lequel on avait incisé largement un anthrax étendu de la fesse au creux poplité. Pour peu que le malade paraisse affaissé, si la tumeur réclame une large incision, il faut avoir recours avant tout à des stimulants locaux et généraux, de manière à provoquer une réaction avant de porter le bistouri sur la tumeur; il faut aussi se mettre en garde contre les hémorrhagies, et pour cela ne pas craindre de tamponner le fond de la plaie. Il n'y a du reste que peu de crainte à avoir de l'hémorrhagie, en ne portant largement le bistouri que sur le centre de la tumeur.

Il peut arriver que l'anthrax s'étende après de larges incisions, et l'on a recommandé dans ces derniers cas de prolonger les premières incisions; mais j'ai si souvent vu échouer cette pratique que je n'hésite pas à préférer les points compris entre les premières incisions. Ce sont probablement les faits de ce genre qui ont conduit M. le professeur Nélaton à professer qu'on ne doit pas inciser les anthrax, parce que cela ne raccourcit pas la durée de la maladie, mais bien que cela la prolonge. Abandonnez un anthrax à lui-même, dit M. Nélaton, il se formera des ouvertures par lesquelles s'échapperont le pus et le bourbillon, après quoi la cicatrisation aura lieu. Si, au contraire, vous faites une incision, les bords de cette incision s'écarteront largement, et le travail de cicatrisation sera très-long. Il ne faut pas imaginer que les incisions fassent cesser l'étranglement: cet étranglement, dont parlent les auteurs, est pour le moins douteux, et ce qui est douteux en théorie l'est à plus forte raison en pratique. Admettons que l'anthrax soit formé par l'inflammation d'un certain nombre de petites masses graisseuses renfermées dans les aréoles du derme. Une incision cruciale n'ouvrira qu'un très-petit nombre de ces aréoles, et pour faire cesser l'étranglement partout (1).

Que dans quelques cas l'anthrax puisse accomplir ses diverses périodes, arriver à la gangrène et à la destruction des tissus, sans faire périr nécessairement le malade, la chose est incontestable; mais précisément les cas de ce genre, alors même qu'ils se terminent par la guérison, fournissent les arguments les plus forts en faveur d'une intervention active de la part du chirurgien. Des incisions larges et pratiquées de bonne heure atténuent nota-

(1) Depuis plusieurs années déjà M. Nélaton a été conduit, par d'autres considérations, à revenir à la pratique des longues et même très-longues incisions.
(*Note du rédacteur en chef.*)

blement les dangers que court le malade ; elles substituent une suppuration limitée et un gangrène partielle à une destruction des plus étendues que la constitution ne surmonte et ne répare qu'au prix des plus grands efforts ; elles arrêtent la marche envahissante de la maladie en excitant une action salutaire dans les parties environnantes ; elles éliminent les produits de décomposition renfermés dans la tumeur qui pourraient contaminer le sang et amener dans l'organisme des désordres irremédiables. Jusqu'à ce que les incisions aient été pratiquées, comme l'a fait remarquer Miller, on ne peut savoir à quoi s'en tenir sur la vitalité des malades ; à partir du débridement, les mêmes moyens qui étaient restés jusqu'ici sans effet reprennent leur activité, et ramènent alors des portes du tombeau des malades que l'on croyait inévitablement perdus. En résumé, dans le traitement de l'anthrax, les incisions judicieusement pratiquées arrêtent, si elles sont faites de bonne heure, les progrès de la maladie, à une époque plus avancée, mitigent sa violence, et dans les dernières périodes de la maladie en éloignent les conséquences fâcheuses.

Avons-nous besoin d'ajouter que ces incisions doivent être aidées par des moyens locaux convenables, émollients d'abord, et plus tard légèrement excitants, ainsi que par un traitement général. Des laxatifs au début, plus tard des toniques, une alimentation nutritive, l'administration de sels dépuratifs unis au colchique, mais surtout l'emploi de l'opium, même dans les cas dans lesquels il y a un peu de délire sourd, tels sont les moyens sur lesquels on peut compter le plus.

Je pourrais faire suivre ce travail de nombreuses observations destinées à en confirmer les principales assertions ; j'en rapporterai sommairement quelques-unes, qui me paraissent intéressantes par le succès rapide et éclatant dont les incisions ont été suivies dans des cas en apparence défavorables, soit à cause du siége de la maladie, soit à raison de l'étendue de celle-ci :

Obs. I. *Anthrax de l'oreille externe* ; *incisions* ; *guérison rapide*. — M. G., avocat, âgé de trente-deux ans, perdait ses forces depuis quelque temps, lorsqu'il s'aperçut d'un gonflement léger de l'oreille externe, avec engourdissement, qui fit de tels progrès, qu'en quelques jours tout le pavillon formait une grosse tumeur, dure au toucher et horriblement douloureuse. Le 15, trois incisions, l'une portant sur le côté mastoïdien du pavillon, une autre sur l'hélix, et une troisième sur l'anthélix. Le 16, un peu de soulagement, mais il reste encore du gonflement, une coloration livide et quelques pustules ont paru à la surface du pavillon. Les incisions sont prolongées et saignent beaucoup. On continue les cataplasmes et un grain d'opium le soir. Le 19, amélioration très-notable, à part un peu de sphacèle de l'anthélix. Le 21, l'escarre s'est détachée ; le 25.

très-bon état et guérison presque complète, qui n'est troublée que par l'apparition d'un autre petit anthrax à la face postérieure du cou, traité de même, mais qui ne se gangrène pas. Emploi des ferrugineux, des bains de mer; guérison parfaite.

Obs. II. *Anthrax de la paupière supérieure; incisions; guérison rapide.* — Un droguiste, âgé de vingt-sept ans, est pris, dans la nuit du 19 mai, d'une douleur sourde dans l'orbite et dans les parties voisines; son étonnement est grand en s'apercevant le lendemain de l'énorme gonflement de la paupière supérieure avec coloration livide, presque noire, du bord ciliaire et induration de celui-ci. Deux jours après, toute la paupière était d'un brun livide et indurée; douleur tenace et brûlante; insomnie et irritabilité; fièvre vive. Je voulus attendre jusqu'au lendemain pour être bien sûr du diagnostic. Mais ce jour là, le doute n'était plus permis : la paupière était noire, vésiquée et fluctuante dans un point. Une incision profonde, pratiquée près du bord ciliaire de la paupière, donna issue à beaucoup de pus et de sang. (Cataplasmes et un grain d'opium, trois fois par jour, mixture de quinquina.) Le 23, le gonflement avait beaucoup tombé, et comme heureusement le tissu aréolaire avait échappé à la gangrène, la plaie se cicatrisa en peu de temps sans aucune difformité.

Obs. III. *Anthrax énorme du dos; incisions; guérison en trois semaines.* — Un vieillard de soixante-dix à quatre-vingts ans fut apporté à l'hôpital de Mercer, avec un anthrax du dos qui mesurait trente-six pouces de circonférence, non compris l'induration et le relief de ses bords, qui s'étendaient encore au delà dans une certaine étendue; fluctuation douteuse à son centre, qui était criblé de nombreuses petites ouvertures; sensation de brûlure, de froid et de constriction. La tumeur avait commencé comme un furoncle, trois semaines auparavant. Le malade était plongé dans une prostration profonde; pouls imperceptible; peau froide avec frisson; pas de sommeil depuis trois semaines, ni de garde-robes depuis cette époque. Le malade fut mis au lit, avec des boules chaudes aux pieds; on lui fit prendre une tasse de punch chaud, et la réaction une fois produite, on procéda à l'incision en fractionnant la tumeur et avec les précautions suivantes : une incision de trois pouces de long fut faite supérieurement, et la plaie tamponnée immédiatement avec de la charpie trempée dans l'essence de térébenthine; deuxième incision sur le côté, troisième inférieurement, et quatrième du côté opposé, en ayant toujours la précaution d'étancher le sang immédiatement; enfin, une incision cruciale fut faite au centre et donna issue à du pus; pansement avec de la ouate; lavement térébenthiné; calmants le soir; bouillons et punch de temps en temps. Guérison en trois semaines.

Je m'arrête; mais j'appelle en terminant l'attention sur le mode de traitement suivi dans ce dernier cas, et dont les résultats favorables confirment pleinement tout ce que j'ai voulu établir plus haut.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Appareil très-simple pour suppléer à l'appareil à déplacement de Guibourt et à l'appareil à filtrer de Donovan.

Par M. D.-A. Van Bastelaer, pharmacien à Charleroi.

Chacun sait que l'appareil à filtrer de Donovan et l'appareil à dé-

placement de Guibourt ont pour but principal de pouvoir opérer à vase clos, pour éviter l'altération ou la perte du liquide et cependant ne pas nuire à la vitesse de la filtration, par la résistance de l'air du récipient. Pour y arriver, ces deux auteurs ont établi une communication entre l'entonnoir supérieur et le réservoir inférieur. De cette manière l'air, refoulé de celui-ci par la liqueur qui y tombe, est poussé vers l'entonnoir supérieur où il va prendre la place du liquide écoulé. Ce déplacement d'air se fait par un tube extérieur, à plusieurs courbures, très-incommode et très-fragile.

Je me sers, pour atteindre le même but, d'un moyen très-simple et qui n'exige que des objets que l'on a journellement sous la main. J'établis la communication par l'intérieur, à travers le liquide même qui filtre, par un simple morceau de tube droit. Voici comment je procède. Je me procure un flacon à goulot assez large, une allonge et un tube de verre d'un diamètre mince et un peu moins long que l'allonge. Ce tube est fixé, vers l'un des bouts, dans une rondelle de bouchon taillé en étoile; il est ensuite placé dans l'allonge; la rondelle, sans en boucher l'orifice, repose sur les parois à une certaine profondeur et y soutient le tube. De cette manière celui-ci reste suspendu au milieu de l'allonge, sans la dépasser ni au-dessus ni en dessous. Sur la rondelle du bouchon, couverte de quelques morceaux de verre (ou d'ouate, s'il s'agit simplement de filtrations), on place la poudre à épuiser, puis le liquide, en ayant soin de ne pas dépasser l'orifice du tube. Ensuite on bouche hermétiquement l'ouverture supérieure de l'allonge, et, au moyen d'un bouchon de liége percé, on fixe celle-ci dans le goulot du flacon. L'appareil est complet alors et il fonctionne parfaitement. L'air du flacon, chassé par la liqueur filtrée, traverse le tube et vient prendre la place du liquide à mesure qu'il s'écoule.

Un seul inconvénient se présente parfois. La face externe du tube sert de gouttière à une certaine portion de liquide qui vient se réunir en goutte à la partie inférieure. Alors cette goutte est refoulée avec l'air jusque dans l'allonge. Cela n'arrive jamais quand le tube est assez large ou qu'il touche à l'allonge, de manière à ce que le liquide glisse le long des parois de celle-ci et ne s'arrête pas.

Il est, du reste, un moyen sûr d'éviter ce désagrément : à la chaleur de la lampe, j'élargis en entonnoir le bout du tube. De cette manière le liquide ne peut se réunir pour obstruer l'orifice élargi et laisse passage à l'air. Je puis ainsi employer un tube très-mince.

Il va sans dire que si l'on veut une macération préalable, il suffit d'un petit bouchon de liége pour boucher l'allonge.

Cet appareil me semble de nature à rendre beaucoup de services, surtout aujourd'hui que la méthode de déplacement tend à se substituer à tous les autres moyens usités jusqu'ici pour l'épuisement des substances et à devenir d'un emploi général dans le laboratoire des pharmaciens.

Remarques sur le vin stibié de la Pharmacopée belge.

Le vin antimonial se préparait jadis avec le verre d'antimoine pulvérisé et des vins de différents crus; on faisait digérer, depuis quelques jours jusqu'à un mois, en remuant de temps en temps, puis on laissait reposer; on décantait avec précaution et on filtrait.

Préparé ainsi, le vin antimonial était un médicament très-variable dans sa préparation et fort inconstant dans ses effets. La quantité de tartrate d'antimoine et de potasse qui se formait variait selon la qualité du vin et le temps que durait la digestion. On a calculé que, dans une heure de macération, une once de vin d'Autriche dissolvait quatre grains de verre d'antimoine; une de vin d'Italie trois et un quart; une de vin du Rhin trois et demi; une de vin de Moselle trois; et une de vin de Bourgogne ou d'Espagne un et demi; tandis que, dans l'espace de huit jours, une once de vin d'Autriche en dissolvait vingt et un grains et demi; une de vin d'Italie vingt et un; une de vin du Rhin vingt; une de vin de Moselle dix-neuf; et une de vin d'Espagne quatre. Il était donc prudent de renoncer à une préparation si infidèle, et on s'est vu obligé d'offrir un médicament bien dosé, composé de tartrate de potasse et d'antimoine et de vin d'Espagne.

Généralement les Codex se sont arrêtés à le composer de 2 grains de tartre émétique par once de vin. Les auteurs de la Pharmacopæa Belgica nova, dit M. Leroy, qui semblent n'avoir jamais trouvé rien de bien dans ce que leurs prédécesseurs ont fait, qui ont détruit ou substitué ce que le temps et l'expérience avaient consacré comme bon, ont encore pour le médicament qui nous occupe, modifié les doses, en portant à 25 grains la dose de tartre émétique par once de vin !

Voici la formule du nouveau Codex :

Pr. Tartre émétique............... 50 grammes !
Vin de Malaga.................. 950 —

A cette dose, comme on le pense fort bien, ce ne sera plus le vomitif doux des enfants, mais ce sera un véritable médicament des plus dangereux, pour ne pas dire un poison violent.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation de blennorrhée, guérie par l'huile de térébenthine.

La blennorraghie passée à l'état chronique, je dirais presque à l'état constitutionnel, résiste avec une opiniâtreté souvent désespérante pour le malade et pour les médecins. En voici un exemple que ne purent vaincre quatre années de soins assidus et qui céda à l'huile essentielle de térébenthine employée à haute dose, jusqu'à production de phénomènes pathogénésiques du médicament.

M. V..., âgé de vingt-huit ans, professeur de langues étrangères, se présente à mon cabinet, porteur d'une blennorrhée contractée à vingt-quatre ans. Les antiphlogistiques avaient été employés au début, puis le copahu, le cubèbe à haute dose, les diverses injections astringentes usitées en pareils cas ; puis enfin l'introduction de bougies dilatantes pour un soi-disant rétrécissement, les injections cautérisantes portées par le cathétérisme dans la portion membraneuse du canal ; rien ne put arrêter l'écoulement, qui, parfois, semblait diminuer un peu en quantité, pour reparaître en abondance, sans que le malade pût attribuer la recrudescence à aucun écart de régime, mais peut-être à une variation atmosphérique.

Je passai une sonde à boule dans le canal; elle y circula librement, sans éveiller de douleurs, sans y rencontrer d'obstacle, et comme le malade avait pris le copahu et le cubèbe sous toutes les formes et en quantité prodigieuse, je le mis à l'usage des toniques et de l'huile essentielle de térébenthine.

La première quinzaine, il absorba 7 grammes du médicament, sans grande modification dans l'écoulement, si ce n'est qu'il me parut un peu plus séreux. Dans la semaine suivante, le malade en prit 12 grammes, l'écoulement diminua ; mais le malade se plaignit de malaise général, de fourmillement dans les membres, de picotement sur toute la surface cutanée ; j'insistai et portai la dose à 15 grammes pour la semaine suivante.

Vers les derniers jours, le malade me fit appeler, il était au lit. Une éruption de plaques rouges, légèrement proéminentes, couvrait toute la surface du corps ; une démangeaison intolérable le dévorait et le portait à se déchirer avec les ongles ; la gorge était rouge et le pouls marquait 120 pulsations.

Au premier coup d'œil jeté sur mon sujet, je crus avoir affaire à une scarlatine ; mais un examen plus minutieux me démontra que j'étais en présence des phénomènes pathogénésiques du médicament

que j'administrais avec énergie depuis un mois. L'écoulement urétral avait complétement disparu.

J'ordonnai de saupoudrer tout le corps de farine de riz; je prescrivis une potion calmante et l'eau édulcorée avec le sirop de groseille.

La fièvre tomba dès le premier jour, mais l'éruption et la démangeaison qu'elle traînait à sa suite dura trois jours; puis tout rentra dans l'ordre.

La guérison ne s'est pas démentie depuis six mois.

Je livre ce fait à la publicité, non pas que je veuille en tirer la conséquence que l'huile essentielle de térébenthine peut convenir dans la blennorrhagie : le fait est connu; mais pour démontrer une fois de plus qu'un médicament n'a dit son dernier mot, dans les cas pathologiques auxquels on l'applique, que lorsqu'on a su en soutenir l'action, lors même que des phénomènes morbides viennent à surgir pendant son emploi et que ses effets pathogénésiques se sont déclarés. Docteur Lecointe.

Tumeur blanche du genou guérie par les incisions répétées.

D'après ce que nous avons vu et lu, ces cas de guérison sont assez rares pour que nous croyons l'observation suivante utile à la science, surtout par rapport au procédé qui nous a réussi chez une malade, dans un état désespéré, procédé que nous pensons être nouveau.

Jenny Brillard, de Gray, âgée de vingt-trois ans, de chétive constitution, tempérament lymphatique, était depuis cinq à six ans sujette à des rhumatismes aux genoux, qui déterminaient leur gonflement, parfois aussi celui des malléoles, rhumatisme se portant alternativement de l'un à l'autre et dont la durée variait de cinq à six semaines à trois et quatre mois. Aussi passa-t-elle la moitié de son temps à l'hospice de la ville.

Il y avait environ un an qu'elle n'avait rien ressenti quand, en février dernier, elle éprouva dans le genou droit des douleurs auxquelles elle ne fit d'abord pas attention. Mais, huit jours après, le genou ayant atteint le double du volume de l'autre, elle me fit appeler.

Examen : tout le pourtour en était extrêmement rouge, tuméfié, tendu, très-sensible au toucher, la jambe déjà à demi-fléchie, presque immobile, à moins de grandes douleurs dans les mouvements. Une application de seize sangsues ordonnée ne fut faite que le lendemain; encore n'en put-elle obtenir que dix, dont huit prirent. Elles produisirent une abondante évacuation, un soulagement, une amélioration immédiats et une diminution de moitié dans le gonflement. Deux jours après, la malade ayant voulu se lever, marcher et tra-

vailler de son état de blanchisseuse, le genou redevint en cinq à six jours plus volumineux que le premier jour, quoique les douleurs fussent moins fortes.

J'ordonne une seconde application de sangsues. On reposa les mêmes, dont trois ou quatre seulement firent évacuer quelques cuillerées de sang clair et séreux. Le genou étant dans le même état, elle posa, de son chef, un vésicatoire qui eut un résultat fâcheux. Au bout de huit à dix jours, le gonflement était énorme, la peau blanche, luisante, infiltrée, en un mot, la tumeur blanche était déclarée; tumeur blanche essentiellement lymphatique, avec hypertrophie considérable du tissu cellulaire, des os et de leurs ligaments. Deux énormes cautères avec le caustique de Vienne furent placés de chaque côté des condyles. Ils jetèrent peu, et au bout de dix à douze jours, le genou étant dans le même état, la malade s'abandonna aux remèdes des commères. Celles-ci lui mirent des cataplasmes de verveine pendant quinze à dix-huit jours.

Le mal n'ayant fait qu'empirer, un autre confrère fut appelé, qui considéra l'état de la malade comme désespéré. Déjà, en effet, une toux continue, avec expectoration épaisse le matin, des sueurs nocturnes, une perte complète de l'appétit, de la diarrhée, une fièvre hectique accompagnée d'amaigrissement, tout enfin pronostiquait une fin prochaine.

Ce fut environ quinze jours après, vers les premiers jours de juin, qu'elle réclama encore mes soins. La malade me rapporta ce qui précède, et que depuis quatre mois elle n'avait pas eu ses règles. Après avoir vu le facies, le pouls et les crachats, l'état d'émaciation, j'examinai le genou comme pour l'acquit de mon devoir. Il avait le volume de la tête d'un adulte, la jambe et la cuisse n'avaient littéralement que les os et la peau. L'amputation était même inutile comme trop tardive; elle-même, se sentant mourir, préférait la mort à l'amputation. J'allais l'abandonner, quand l'idée des incisions me vint à l'esprit. Je lui proposai ce moyen qu'elle accepta, à condition qu'elle souffrirait peu.

Ces incisions furent faites immédiatement au nombre de dix-sept à dix-huit, d'une longueur de 26 à 28 cent., et d'une profondeur de 2 à 3. Le tissu cellulaire était comme lardacé. Il s'écoula dans la journée environ un litre et demi de sérosité sanguinolente et de sang très-clair. Ces incisions furent répétées cinq fois en quinze ou seize jours, c'est-à-dire aussitôt après la cicatrice des précédentes. Elles ne furent évidemment jamais faites dans les mêmes lignes. La douleur, qui fut nulle la première fois, ne fut sensible que dans les dernières,

alors que le genou avait diminué des trois quarts. J'estime à environ dix litres la quantité de liquide qui s'écoula pendant ce laps de temps. En même temps, je revins dès le premier jour à mes cautères, qui cette fois donnèrent énormément. Au bout de vingt-cinq à vingt-huit jours, le genou n'était guère plus volumineux que l'autre. Les cautères furent encore entretenus quinze jours après.

Nous n'avons pas besoin de dire qu'un traitement interne actif fut immédiatement ordonné et suivi dès le premier jour des incisions. Comme tonique, les amers et le vin de quinquina (une topette par jour). L'appétit revint cinq à six jours après. La malade put manger et digérer à l'aide de pastilles de Vichy et de café de glands. Du vin de Bordeaux, dont on lui fit charité, et un peu de viande rôtie, tel fut son régime pendant deux mois et demi. Durant cette époque elle prit depuis trois jusqu'à six cuillers d'huile de foie de morue dans les vingt-quatre heures. En même temps, nous lui administrâmes un médicament que nous mettons au niveau de l'huile, je veux dire l'iodure de fer, soit en sirop, soit en pilules, ayant soin d'alterner la préparation du médicament, comme nous avons l'habitude de le faire quand son usage doit être longtemps continué. Ainsi, pendant cinq à six jours, elle prenait du sirop d'iodure de fer, le sel étant à dose double que celle du Codex; et les cinq à six jours suivants de pilules composées d'iodure de fer et de safran,— pilules dont nous avons toujours eu à nous louer.—En même temps, chaque jour, six à huit pastilles de lactate ou de citrate de fer dans de l'eau. Au bout d'un mois, tous les symptômes de la phthisie avaient disparu comme par enchantement. La malade mangeait, digérait, plus de diarrhées, de sueurs, de toux, de crachats, et l'amaigrissement avait considérablement diminué.

Depuis la fin de juillet, le genou est dans son état normal. L'ankylose, inséparable d'une telle affection et d'une si longue immobilité, a diminué des trois quarts depuis cette époque. La malade s'est contentée de faire quelques frictions avec l'huile ou la pommade camphrée, et de porter une peau d'agneau. Elle peut, à l'aide de béquilles, marcher une heure entière sans fatigue et en s'appuyant sans douleur sur le pied.

Un résultat aussi heureux doit encourager l'emploi d'un pareil procédé dès les premiers jours de l'affection, méthode de débridement que depuis quinze ans nous avons employée avec succès au début, dans le bubon, le furoncle et le panaris, et qui guérissait presque toujours, en faisant avorter la maladie du troisième au sixième jour.

Dr Paris,
à Gray (Haute-Saône).

BIBLIOGRAPHIE.

Des Paralysies des membres inférieurs, ou paraplégies; recherches sur leur nature, leurs formes et leur traitement, par M. le docteur Raoul Leroy d'Étiolles, lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Monthyon), membre de la Société de médecine : ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine, concours du prix de l'Académie de 1853.

A entendre certains esprits bien plus infatués de leur propre mérite qu'émerveillés de la puissance de l'intelligence humaine, l'observation a terminé sa tâche ; à peine s'il lui reste à glaner quelques faits oubliés dans le champ immense de la science. C'est là une erreur très-grave, et qui, si elle se propageait, pourrait précipiter les travailleurs dans une voie pleine de périls. Plus d'une fois nous-même nous sommes inscrit en faux contre la méthode d'observation, alors même que, plus libérale que ne l'ont faite quelques-uns, elle laisse au moins à l'intelligence le droit de l'induction ; mais nous allons plus loin, et nous pensons que, même dans les sciences dites naturelles, il faut faire une plus large part à l'esprit humain dans la recherche et la découverte de la vérité. Il suffit de parcourir l'histoire de la science, pour se convaincre de suite que l'édification de celle-ci n'est pas uniquement le fruit de la méthode d'observation. Rappelez-vous à ce point de vue les leçons que faisait naguère M. Andral sur l'histoire de la médecine, et voyez si le médecin de Pergame, entre autres, n'a pas pressenti un bon nombre des vérités les plus éclatantes, que les modernes se glorifient avec raison d'avoir définitivement établies, d'une manière rigoureuse, et sur de telles bases que désormais elles ne se perdront plus. Pourquoi ces vérités, sorties de la méditation solitaire de Galien, s'étaient-elles donc en quelque sorte perdues dans le long chemin qu'elles avaient à faire pour arriver jusqu'à nous ? c'est qu'elles manquaient de ce qui fait vivre éternellement la vérité dans l'esprit des hommes, de l'observation, de la consécration de l'expérience. Voilà comme l'observation a fait sa tâche ! La raison, même dans ses plus hautes spéculations, ne saurait s'en passer; car elle seule donne aux vérités qu'elle a pressenties la consécration qui les rend immortelles. Mais est-ce là le seul office de la méthode expérimentale dans l'édification de la science, la vérification ? Non, certes ; ce n'est même là qu'un rôle accidentel qu'elle prend de loin en loin entre les mains des hommes de génie ; mais elle en a un bien plus commun, bien plus nécessaire, bien plus humain, si nous pouvons ainsi dire, c'est d'observer directement les faits, et de s'efforcer ensuite d'en saisir la signification.

Même dans cet ordre d'investigations, l'observation a encore immensément à faire, et les conquêtes que des esprits patients, laborieux font tous les jours dans le monde des faits, montrent que cette mine féconde est bien loin encore d'être épuisée.

Nous pouvons citer hardiment, en témoignage de la vérité que nous défendons, le livre même que vient de publier M. le docteur Raoul Leroy d'Etiolles, et dont les premières pages nous ont tout d'abord inspiré ces remarques. Reculez seulement de vingt ans dans l'histoire de la science moderne, à l'époque où un grossier anatomisme asservissait tous les esprits, où la maladie n'était rien de plus qu'une altération tangible d'un solide quelconque, et dites-moi la pensée qu'éveillait uniquement alors dans l'esprit l'appellation de la maladie dont traite M. Leroy d'Etiolles fils. La théorie était bien simple : toute paraplégie, soit du mouvement, soit du sentiment, soit de l'un et l'autre à la fois, était considérée invariablement comme le résultat d'un traumatisme plus ou moins étendu du cordon rachidien. On sait maintenant qu'il est loin d'en être ainsi, et M. Raoul Leroy d'Etiolles s'est fait l'historien de cette brillante conquête de la science moderne. Cette monographie substantielle, que nous voudrions voir dans les mains de tous les praticiens, est une œuvre qui nous fait bien augurer de l'avenir du jeune médecin qui l'a conçue et exécutée : débuter ainsi dans la littérature médicale, c'est payer noblement sa bien-venue, et montrer une fois de plus qu'en matière d'intelligence l'influence héréditaire n'est pas toujours une chimère.

Dans un premier chapitre, l'auteur pose la question dans les termes mêmes du programme de l'Académie qui a couronné son livre, et, par quelques considérations tirées de l'anatomie pathologique, de la marche de certaines paraplégies et de leur innocuité relative, il établit tout d'abord nettement que ces paralysies sont d'un tout autre ordre que celle par laquelle l'inflammation ou le simple ramollissement du cordon rachidien se traduit à l'observation. Ces considérations rapides et logiquement enchaînées sont terminées par l'argument suivant, si l'on veut bien nous permettre de nous servir de ce mot de la philosophie des anciens jours. « Les paralysies sont produites par : 1° les maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme ; 2° la chloro-anémie, compliquée d'hystérie ; 3° les pertes sanguines exagérées, ou par l'anémie des membres inférieurs ; 4° les fièvres graves, l'irritation gastro-intestinale, la pellagre ; 5° l'intoxication saturnine et arsenicale ; 6° l'impression subite et prolongée du froid, et la diathèse rhumatismale ; 7° l'asphyxie ; 8° certaines affections cérébrales ;

9° l'enfance (quelques-unes lui sont propres, d'autres rentrent dans celles que renferme cette liste) ; 10° une compression de la moelle par les tumeurs qui se développent dans le canal vertébral, ou qui y prédominent ; 11° la compression exercée par les fractures, les luxations des vertèbres, les plaies.

La première classe de paraplégie que l'auteur étudie est celle qui a son point de départ dans une maladie des organes génito-urinaires. Quand on songe que M. Rayer, il y a moins de dix ans, a pu écrire ces lignes : « Le développement des paraplégies, à la suite des maladies des voies urinaires, est encore aujourd'hui un fait ignoré d'un grand nombre de médecins, » on conçoit très-bien que l'auteur du Traité des paralysies des membres inférieurs se soit longuement étendu sur une question si importante au double point de vue de la science et de la pratique. Pour mettre dans tout son jour la solution à laquelle il arrive, après l'étude attentive de cette question, M. Raoul Leroy d'Etiolles recherche si, dans le passé de la science, des faits n'ont pas été recueillis, qui pouvaient faire au moins pressentir la réalité de ces sortes de paraplégies, et il ne lui est pas difficile de trouver la trace de cette vérité dans quelques auteurs, observateurs attentifs. Cette interrogation discrète du passé terminée, l'auteur aborde la question par l'observation directe, et établit de la manière la plus rigoureuse le lien qui unit certaines paraplégies à des lésions variées de l'appareil génito-urinaire. Quand on a médité ces faits, et suivi attentivement le jeune auteur dans la discussion lumineuse qu'il établit sur ce point, on est invinciblement porté, alors qu'on aurait conservé quelques doutes sur la légitimité de cette induction, à accepter cette incontestable étiologie. Dans notre opinion, toutes ces observations n'ont pas une signification également tranchée ; mais si l'on en rencontre çà et là quelques-unes devant lesquelles l'esprit s'arrête indécis, un esprit habitué aux investigations de la nature sait qu'à chaque pas la science rencontre de ces observations ; c'est le mélange d'ombres et de lumières qui enveloppe les choses de la vie, et du sein duquel cependant finit par resplendir la vérité aux yeux de l'intelligence humaine. M. Leroy d'Etiolles ne s'est pas contenté de démontrer la réalité des paraplégies de cet ordre, il s'est également appliqué à en exposer le traitement, et les résultats de cette thérapeutique, qui est souvent couronnée de succès, viennent à leur tour, et par l'induction d'une logique invincible, montrer la vérité de la distinction dont cette étude spéciale est l'objet.

Après avoir touché à une question que les recherches modernes

ont beaucoup moins avancée que celle qui précède, la question du rapport des maladies de l'utérus avec certaines paraplégies, M. Leroy arrive, et c'est par là qu'il termine cette première partie de son livre, à la paraplégie hystérique. Pour être moins imprévue, la solution que l'auteur a formulée sur cette question dans son livre n'en est pas moins intéressante. Dans notre préoccupation exclusive des données fournies par l'anatomie pathologique, nous avions également perdu de vue à peu près complétement les désordres si remarquables qu'apportent, soit dans la sensibilité, soit dans la mobilité, soit dans l'une et l'autre à la fois, les violentes perturbations du système nerveux en lesquelles consiste l'hystérie. M. Leroy d'Etiolles, s'appuyant en même temps, et sur ses observations propres, et sur celles d'auteurs anciens ou contemporains, étudie largement cette intéressante question, et achève ainsi un tableau symptomatologique qui, jusqu'à ce jour, n'avait encore été qu'esquissé. Comme lorsqu'il s'est agi du traitement des paraplégies qui sont sous la dépendance d'une lésion des organes génito-urinaires, la thérapeutique des paraplégies hystériques est judicieusement tracée.

Nous n'avons remarqué qu'une tache dans ce livre bien fait, et cette tache se rapporte uniquement à la forme. Dans un livre de science, tout doit être grave, austère. L'auteur, toujours maître de sa plume, ne doit jamais laisser échapper un mot qui trahisse des préoccupations légères : la science est femme, elle veut être voilée ; des indiscrétions de langage sont des fioritures qui ne vont pas à sa majestueuse simplicité ; M. Raoul Leroy d'Etiolles est jeune encore, pourquoi trahir son secret, après l'avoir si bien dissimulé ? Est-ce de la coquetterie ? alors c'est une faiblesse.

Nous ne savons comment sera accueillie cette observation ; nous ne l'effacerons pas cependant, parce que nous avons le droit de la faire, et ensuite parce que nous sommes convaincu que l'auteur n'y verra que la pensée qui nous l'a inspirée, c'est-à-dire le désir de lui voir éviter une pierre d'achoppement à laquelle plusieurs se sont brisés. Nous espérons que M. Leroy d'Etiolles fils ne nous fera pas longtemps attendre la suite d'un travail si plein d'intérêt ; ce nous sera un bonheur d'achever alors ce que nous n'avons pu qu'esquisser aujourd'hui. Il a tous les jours sous les yeux l'exemple d'un père dont l'ardeur pour le travail égale l'intelligence, et que l'injustice même ne décourage pas : que cet exemple ne soit pas perdu pour lui ; il lui a fait la vie facile, que la science ait part à ce glorieux avancement d'hoirie.

Observations sur les propriétés médicinales du lactucarium. — Comme il n'a été publié aucunes observations suivies sur les effets du lactucarium, nos lecteurs liront avec quelque intérêt celles que voici ; elles ne sont pas de nature, il est vrai, à donner une haute idée de ce médicament, si prôné aujourd'hui.

Ces observations ont été prises à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de M. Marotte. Elles ont été recueillies par M. Caron, élève interne en médecine, qui a lui-même distribué et fait prendre aux malades les pilules de lactucarium. Chacune de ces pilules contenait 10 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique. Cet extrait avait été préparé à la pharmacie centrale des hôpitaux par M. Aubergier, avec du lactucarium de sa récolte.

Obs. I. Le 8 mars 1853, une femme âgée de dix-neuf ans entre à l'hôpital Sainte-Marguerite (salle Sainte-Geneviève, n° 32), pour une fièvre quotidienne doublée, présentant son premier accès le matin et le deuxième à trois heures du soir; elle se plaint aussi de ne pas dormir. Le 10 avril on prescrit 2 pilules d'*extrait de lactucarium*.

Le 11 avril. La malade n'a nullement dormi; elle a souffert toute la nuit de ses maux de tête habituels, qui n'ont en rien été calmés : 3 pilules de *lactucarium*.

Le 12. La nuit a été comme la précédente, sans sommeil : 3 pilules de *cynoglosse*, de 0,10.

Le 13. La malade a bien dormi pendant une grande partie de la nuit; ses douleurs de tête sont moins fortes, mais elles durent toujours. Il n'y a eu ni rêves, ni envies de vomir, ni aucun trouble des voies digestives.

Le 19. On a continué l'usage des pilules de cynoglosse, et depuis ce temps la malade a dormi convenablement

Obs. II. Dans le mois de décembre 1852, entre, salle Saint-Augustin, n° 35, un homme de vingt à vingt-cinq ans, pour y être soigné d'une phthisie pulmonaire. On lui a prescrit inutilement des pilules de cynoglosse et d'opium ; il ne dort plus.

Le 13 janvier 1853 : 2 pilules d'*extrait de lactucarium*.

Le 14. Prise à huit heures; sommeil à minuit, assez bon, interrompu par quelques rêves. Ce matin, il n'y a ni pesanteur de tête ni céphalalgie ; pas de nausées. 2 pilules.

Le 17. Le malade continue à dormir d'un bon sommeil ; il n'a ni rêves, ni céphalalgie, ni nausées. 3 pilules.

Le 18. Oppression et toux considérables; fort peu de sommeil, pas de céphalalgie. 3 pilules.

Le 19. Bon sommeil, presque aussitôt la prise des pilules ; pas de céphalalgie ; 3 pilules.

Le 20. Pas de sommeil ; toux fréquente : sirop *diacode*, 30 grammes, avec addition de 30 gouttes de *chloroforme*.

Le 21. Le malade a bien dormi. Il a aussi moins toussé.

Obs. III. Le 24 mars 1853 entre à l'hôpital (salle Sainte-Geneviève, nº 38), une femme âgée de vingt ans, brocheuse, pour une phthisie pulmonaire arrivée au commencement du troisième degré. Elle tousse beaucoup et ne dort pas.

Le 29 mars. 2 pilules d'*extrait de lactucarium*.

Le 30. La malade a assez bien dormi. 2 pilules.

Le 31. Presque pas de sommeil, de neuf heures à une heure du matin. Elle a pris ses pilules à huit heures et s'est endormie à neuf. 3 pilules.

1er avril. Les pilules ont été prises et le sommeil est arrivé aux mêmes heures. La malade a bien dormi et elle a moins toussé. 3 pilules.

Le 4. La malade avait bien dormi jusqu'à présent. Cette nuit elle n'a plus dormi que deux à trois heures à peine, aussitôt après avoir pris ses pilules. Elle a toussé davantage. On prescrit 4 pilules de *mie de pain*.

Le 6. Prise à huit heures. Sommeil vers le matin seulement ; en somme, nuit mauvaise, toux fréquente. 5 pilules de *mie de pain*.

Le 7. Très-bon sommeil. Prise à huit heures ; sommeil à huit heures et demie, réveil à quatre heures du matin. Nuit très-calme ; pas de rêves, pas de céphalalgie, pas de pesanteur de tête. La malade a continué à prendre ses pilules de *mie de pain*, et a bien dormi jusqu'au 10 avril, jour de sa sortie.

Obs. IV. Le 24 mars 1853 entre (salle Sainte-Geneviève, nº 10), une femme âgée de vingt-cinq ans, couturière, atteinte d'une tuberculisation pulmonaire peu marquée à l'auscultation. Elle ne dort presque pas et elle tousse beaucoup.

Le 25 mars. 2 pilules d'*extrait de lactucarium*.

Le 26. La malade a bien dormi. Elle a pris ses pilules à huit heures ; elle s'est endormie à neuf jusqu'à minuit et demi, après quoi le sommeil l'a encore reprise de nouveau. Elle n'a eu ni céphalalgie ni nausées ; elle n'a pas moins toussé : 3 pilules.

Le 27. Prise à huit heures et demie de 2 pilules. Sommeil presque immédiat jusqu'à minuit. La malade prend sa 3e pilule et elle dort jusqu'au jour. Elle a encore un peu d'envie de dormir ce matin. Il n'y a eu ni nausées ni céphalalgie; moins de toux : 3 pilules.

Le 28. On n'a donné que 2 pilules, par erreur ; la malade a été très-agitée et n'a pas dormi. Ce matin, il lui semble qu'elle dormirait. Pas de céphalalgie, pas d'envies de vomir; la toux a été un peu moins violente la nuit, mais elle a repris toute sa force ce matin : 3 pilules de *lactucarium*.

Le 29. Sommeil toute la nuit sans s'éveiller ; pas de toux, pas de céphalalgie, pas de nausées : 3 pilules d'*extrait de lactucarium*.

Le 31. La malade continue à prendre 3 pilules, elle dort très-bien la nuit. Hier elle les a prises à huit heures, s'est endormie jusqu'à quatre heures du matin, et n'a eu ni céphalalgie, ni nausées, ni toux.

Le 2 avril. On a continué les pilules. La malade dort toujours bien de dix à quatre heures du matin. Sa toux est moins fréquente qu'il y a huit jours. On prescrit 3 pilules de *mie de pain*.

Le 3. Très-bon sommeil depuis dix heures jusqu'à quatre heures. *Mêmes* pilules.

Le 4. La malade a aussi bien dormi que les nuits précédentes.

Le 18 avril. On a toujours continué les pilules de *mie de pain*, et la malade dort à merveille.

Obs. V. Le 23 février 1853, entre (salle Sainte-Geneviève, nº 5) une femme âgée de dix-huit ans, fruitière, affectée d'une fièvre typhoïde grave. Le 24 mars elle était à peu près guérie, lorsqu'elle fut effrayée par la mort d'une de ses

voisines. Le soir même le délire reparut, et le lendemain elle offrait, outre le délire, une agitation et une fièvre considérables. On prescrit un bain et 4 pilules d'*extrait de lactucarium*.

Le 25. La malade s'est assez bien trouvée de son bain. La journée a été assez calme. La nuit a été un peu meilleure ; moins d'agitation, cris, peu de sommeil. Il n'y a ce matin ni somnolence ni abattement. La langue est humide. 6 pilules; un bain.

Le 26. La malade paraît rétablie, elle est très-gaie et bien éveillée ; sa langue est nette et humide; elle n'a ni céphalalgie ni nausées : 8 pilules d'*extrait de lactucarium*.

Le 27. Pas de narcotisme; pas de céphalalgie; encore un peu d'agitation. Le sommeil a été bon.

Le 28. La malade a encore pris 8 pilules, sans aucune apparence de narcotisme; elle a bien dormi. On lui prescrit 8 pilules semblables faites de *mie de pain*.

Le 29. Elle a très-bien dormi, aussi bien, dit-elle, que les nuits précédentes. Pas de céphalalgie.

Le 31. Elle continue à prendre les *mêmes* pilules, et toutes les nuits elle dort à merveille.

Obs. VI. Le 24 mars 1853, entre une femme âgée de cinquante-cinq ans, journalière, pour une bronchite aiguë. Elle se plaint de ne pas dormir. Le 28 mars, on lui prescrit 2 pilules de *lactucarium*.

Le 29. Les pilules ont été prises à huit heures du soir ; la malade s'est endormie à neuf heures, elle a dormi pendant deux heures et ensuite elle n'a pu s'endormir de nouveau; la toux a été un peu moins pénible et moins fréquente : 2 pilules de *lactucarium*.

Le 30. Les pilules ont été prises aux mêmes heures. La malade a dormi assez paisiblement pendant deux à trois heures : 3 pilules d'*extrait de lactucarium*.

Le 31. Prises à huit heures; sommeil presque de suite, qui a duré jusqu'à deux à trois heures du matin. Il n'y a eu ni céphalalgie, ni lourdeur de tête, ni envies de vomir.

Le 2 avril. La malade ne prend plus que des pilules de *mie de pain colorée* ; elle a pris ses pilules à neuf heures, et elle a dormi de neuf heures à trois heures du matin.

Obs. VII. Le 16 janvier 1853, entre (salle Sainte-Geneviève, nº 34) une femme atteinte d'une fièvre typhoïde légère. Le 1er février elle est guérie de la fièvre typhoïde, mais elle ne dort pas la nuit. Il n'y a plus de fièvre; l'état général est bon : 2 pilules de *lactucarium*.

Le 2. Elle n'a nullement dormi : 3 pilules.

Le 3. La malade a assez bien dormi, dit-elle, pendant trois heures.

Elle continue à prendre ses trois pilules jusqu'au 7; elle dort assez bien. On suspend les pilules le 7, et elle continue à dormir. Elle sort dans la journée.

Obs. VIII. Le 21 février 1853 entre (salle Sainte-Geneviève), une femme âgée de vingt-cinq ans, brunisseuse, pour une fausse couche.

Le 27. La fausse couche est faite; la malade ne perd plus de sang, n'a plus de douleur de ventre, mais elle éprouve une oppression assez considérable et une gêne de la respiration; elle ne dort pas et elle tousse beaucoup. 2 pilules de *lactucarium*.

Le 28. La malade n'a éprouvé aucun soulagement, sa toux a continué; elle n'a nullement dormi.

Elle veut sortir dans la journée.

Obs. IX. Le 8 février 1853 entre (salle Sainte-Geneviève), une femme âgée de trente ans, lingère. Elle est affectée de tubercules pulmonaires et présente des cavernes assez grandes. Elle tousse et ne dort pas la nuit.

Le 10. On lui prescrit 2 pilules de *lactucarium*.

Le 11. La malade a un peu mieux dormi. Elle a continué ses pilules deux jours sans autre résultat.

Elle sort le 27 février.

Obs. X. Entre le 1er mars (salle Saint-Augustin, n°4), un homme de soixante-trois ans, menuisier, atteint de douleurs rhumatismales dans les membres et dans les reins, qui durent depuis plusieurs années. Il ne dort pas : 2 pilules de *lactucarium*.

Le 2. Pas le moindre sommeil : 3 pilules.

Le 3. N'a pas dormi davantage.

Le 7. Depuis le 3, il prend chaque jour trois pilules de lactucarium. Il n'a jamais dormi : 1 pilule de *cynoglosse*.

Le 8. Pas de sommeil : 1 pilule de *cynoglosse* et 6 pilules de *méglin*.

Le 9. Dort parfaitement bien. Même prescription.

Le 10. Le sommeil a été également très-bon.

Obs. XI. Le 28 janvier 1853, entre (salle Sainte-Geneviève, n° 7) une femme âgée de dix-huit ans, couturière, pour une fièvre typhoïde légère, dont elle pouvait être considérée comme guérie le 15 février, seulement elle ne dormait pas : 2 pilules de *lactucarium*.

Le 16. Fort bon sommeil pendant trois à quatre heures ; la malade n'avait pas aussi bien dormi depuis plus de deux mois : 2 pilules de *lactucarium*.

Le 18. Les pilules ont été prises à sept heures et demie du soir ; le sommeil est arrivé à dix heures ; la malade s'est réveillée à minuit, mais elle s'est presque immédiatement rendormie jusqu'à quatre heures du matin. Rêves très-calmes pendant la nuit ; la céphalalgie n'a pas été augmentée : 2 pilules de *lactucarium*.

Le 19. Très-bon sommeil, depuis neuf heures du soir jusqu'à trois heures du matin. — *Exeat* dans la journée.

Obs. XII. Le 28 janvier 1853, entre (salle Sainte-Geneviève, n° 19) une femme âgée de trente-neuf ans, marchande, pour y être soignée d'une tuberculisation pulmonaire très-avancée. Il existe des cavernes assez vastes, surtout au sommet du poumon droit.

Le 1er février. Comme elle se plaint surtout de ne pas dormir, on lui prescrit 2 pilules d'*extrait de lactucarium*.

Le 2. N'a aucunement dormi : 3 pilules de *lactucarium*.

Le 3. La malade a dormi toute la nuit, comme jamais elle n'avait fait depuis sa maladie : 3 pilules de *lactucarium*.

Le 4. Aucun sommeil ; toux toute la nuit : 4 pilules de *lactucarium*.

La malade prend quatre pilules jusqu'au 20 février ; tous les jours elle dort bien. Pour avoir un point de comparaison, on suspend le lactucarium et on le remplace par 5 centigrammes d'*extrait thébaïque*.

Trois jours on donne l'opium, trois jours il n'y a pas de sommeil. La malade redemande avec instance ses pilules précédentes. Le 23 on prescrit 4 pilules *lactucarium*.

Le 24. N'a pas dormi, mais toute la nuit le vent a ébranlé les fenêtres de l'hôpital : 4 pilules de *lactucarium*.

Le 26. A dormi à peu près trois heures, après lesquelles elle ne s'est plus rendormie. Ses rêves ont été assez gais; elle a toussé comme d'habitude. Pas de mal de tête; pas d'envies de vomir.

La malade reste à l'hôpital jusqu'au 6 mars. Presque tous les jours elle prend ses quatre pilules; elle ne dort plus que deux à trois heures par nuit. Elle ne remarque pas de différence entre les jours où elle en prend et ceux où elle n'en prend pas.

Obs. XIII. En décembre 1852 entre à la salle Sainte-Geneviève, n° 32, une femme d'une quarantaine d'années environ, atteinte d'une pneumonie du sommet du poumon droit.

Le 24 janvier. Sa pneumonie est guérie, mais elle ne dort pas; elle n'a pas de fièvre; l'état général est bon : 2 pilules de *lactucarium*.

Le 25. N'a pas remarqué de différence pour son sommeil. Sort sur sa demande.

Obs. XIV. Le 3 décembre 1852 est entrée, salle Sainte-Geneviève, n° 16, une femme âgée de dix-neuf ans, domestique, atteinte d'une phthisie pulmonaire et d'une maladie du cœur.

Le 9 janvier 1853. Elle ne prend pas d'opium depuis longtemps; elle ne dort pas la nuit : 2 pilules de *lactucarium*.

Le 10. La malade a bien dormi; elle ne sait ni à quelle heure elle a pris ses pilules, ni à quelle heure elle s'est éveillée : 2 pilules de *lactucarium*.

Le 11. Prises à huit heures et demie, sommeil à neuf heures. La malade s'est éveillée plusieurs fois dans la nuit, mais en somme elle a passé une bonne nuit. Elle ne se trouve pas aussi engourdie le matin que lorsqu'elle prenait ses pilules d'opium. Sommeil calme, non agité; sueur : 2 pilules de *lactucarium*.

Le 12. Prises à sept heures et demie, sommeil à huit heures. Elle a dormi d'abord deux heures, puis elle s'est rendormie à deux reprises différentes; en somme, la nuit a été bonne : 2 pilules.

Le 13. Prises à neuf heures, sommeil presque aussitôt, calme, non agité. Ce matin pas de pesanteur de tête ni de nausées, pas de fatigue : 2 pilules.

Le 14. Bon sommeil.

Le 15. Mêmes pilules, même sommeil; prises à huit heures, sommeil à neuf jusqu'à une heure du matin. Elle s'est encore endormie ensuite. Pas de rêves, pas de pesanteur de tête : 2 pilules.

Le 16. Bon sommeil. Prises à six heures, sommeil à sept. Trois ou quatre alternatives de sommeil et de réveil pendant toute la nuit Pas de rêves, pas de céphalalgie : 2 pilules.

Le 17. Bon sommeil; premier sommeil de deux heures; réveil, parce qu'il y a eu du bruit dans la salle; s'est rendormie à plusieurs reprises. Pas d'accablement, pas de mal de tête : 2 pilules.

Le 18. Peu de sommeil; la toux a reparu avec intensité et a empêché le sommeil : 3 pilules.

Le 19. Peu de sommeil; toux une grande partie de la nuit; oppression considérable : 3 pilules.

Le 20. Beaucoup de toux; deux heures de sommeil : 4 pilules.

Le 21. S'endort une heure, après avoir pris les pilules; sommeil assez bon; pas de rêve ni de mal de tête : 4 pilules.

Le 22. Pas de sommeil; oppression; toux une grande partie de la nuit : 1 pilule d'*opium* 0,05.

Le 23. Pas de sommeil. Sirop *diacode*, 30 gr.; *chloroforme*, 30 gouttes.

Le 24. Pas de sommeil; la malade est restée toute la nuit assise sur son lit.

Le 25. Mort.

Obs. XV. En décembre 1852 entre, salle Sainte-Geneviève, nº 33, une femme âgée d'à peu près quarante ans, atteinte d'un cancer utérin assez avancé qui lui occasionnait des douleurs vives et une insomnie complète pour laquelle elle prenait de l'opium.

Le 5 janvier On suspend l'opium et on laisse reposer la malade.

Le 7. Pas de sommeil la nuit; peau sèche; pouls sec, d'une fréquence moyenne : 1 pilule de *lactucarium.*

Le 8. Pas le moindre sommeil; toux une grande partie de la nuit; diarrhée : 2 pilules.

Le 9. Sommeil pendant cinq à six heures. Les pilules ont été prises vers minuit; le sommeil est venu peu de temps après; il a été calme. Depuis le réveil, les douleurs du ventre continuent : 2 pilules.

Le 10. La malade n'a pas dormi; elle a toussé toute la nuit : 3 pilules.

Le 11. Les pilules ont été prises à sept, à dix et à douze heures; il n'y a eu que deux heures de sommeil vers le milieu de la nuit, 3 pilules.

Le 12. Très-bonne nuit; bon sommeil. 3 pilules.

Le 13. Pas de sommeil; toux toute la nuit. Prises à sept heures; sommeil à huit heures, réveil à minuit; plus de sommeil le reste de la nuit. Pas de céphalalgie, pas de nausées.

Le 14. 4 pilules.

Le 15. Très-bon sommeil; nuit excellente; sommeil presque toute la nuit. Pas de nausées, pas de céphalalgie. 4 pilules.

Le 16. Egalement bon sommeil. 4 pilules.

Le 17 Très-bonne nuit; quelques rêves le matin; battements de cœur. Pas de nausées, pas d'assoupissement ni d'abattement. La malade par erreur a pris 6 pilules : — 4 pilules.

Le 18. N'a pas dormi; a toussé une grande partie de la nuit : 5 pilules.

Le 19. A bien dormi : 5 pilules.

Le 20. Très-bon sommeil; pas de toux; rêves un peu tristes; encore un peu de sommeil ce matin; un peu de céphalalgie, mais à peine marquée : 5 pilules.

Le 22. Sommeil depuis minuit jusqu'à quatre heures. Prise des pilules à six heures. — 5 pilules.

Le 23. Très-bon sommeil toute la nuit; rêves tristes; pas de céphalalgie : 5 pilules.

Le 24. Sept à huit heures au moins de sommeil; rêves tristes. Pas de céphalalgie; quelques envies de vomir avant la prise des pilules; n'en a plus depuis : 5 pilules.

Le 25. La malade a dormi au moins six heures, cependant elle tousse beaucoup et elle se plaint vivement d'une douleur de côté.

Exeat le 27 janvier 1853.

Obs. XVI. Le 18 janvier 1853 entre (salle Sainte-Geneviève, nº 20), une femme âgée de vingt-neuf ans, domestique, pour y être soignée d'une phthisie pulmonaire à la période de ramollissement des tubercules. On débute par deux pilules de lactucarium, et comme elle ne dort pas mieux le lendemain, on arrive, sans avoir obtenu de résultat, jusqu'à prescrire, le 4 février, 4 pilules.

Le 5. La malade a un peu dormi. On suspend les pilules pendant quelques jours, puis on les reprend, et le 15 février on prescrit 3 pilules.

Le 16. Pas de sommeil : 3 pilules.

Le 17. Pas de sommeil; mal de tête : 1 pilule d'*opium*, 0,05.

Le 18. N'a pas mieux dormi : 1 pilule de *cynoglosse*.

Le 19. Peu de sommeil. Même prescription.

Le 20. Pas de sommeil. *id.*

Le 21. Assez bon sommeil, mais cependant la malade s'est éveillée plusieurs fois pour tousser.

Le 25. La malade ne prend plus de pilules; elle ne dort toujours pas.

Je ne sais s'il faut avoir bien grande confiance dans cette observation. La malade me paraissait animée d'un bien grand désir de rester à l'hôpital, et il est possible qu'elle ait cherché à me tromper, car il n'est pas croyable qu'elle soit restée si longtemps sans dormir.

Le 8 mars. *Exeat.*

Ces expériences confirment ce que l'on savait du peu d'activité du lactucarium : 20 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique ont été la plus petite dose qu'il eût fallu administrer pour obtenir un effet appréciable; bientôt on a été forcé de doubler, de tripler et plus encore.

Pour obtenir le même effet avec le sirop préparé suivant la formule qui a été adoptée par l'Académie de médecine, il faudrait faire prendre aux malades 100, 200, 300 grammes, et plus de sirop. Si l'on voulait avoir une préparation plus active, alors le sirop aurait une saveur très-amère et une odeur nauséabonde des plus désagréables. Sauf donc pour les enfants et quelques individus très-impressionnables, le sirop de lactucarium est un médicament insignifiant, mais aussi inoffensif. Ce n'est pas sous cette forme que le lactucarium devrait être prescrit,. mais sous celle d'extrait hydro-alcoolique, en pilules à la dose de 20 à 30 centigrammes, qu'il faudra bientôt augmenter.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Calculs *dans les glandes du voile du palais; dissolution.* On sait qu'il n'est pas rare de rencontrer des calculs à l'état plus ou moins pulvérulent dans l'épaisseur des glandules du voile du palais, lorsque ces glandules sont hypertrophiées. L'hypertrophie de ces glandes est même, dans ce cas, l'affection principale, ainsi que l'ont démontré les recherches de MM. Robin et Jules Rouyer sur ce point. Mais il est beaucoup moins commun de rencontrer des calculs durs, volumineux réunis en une certaine masse, et constituant véritablement par leur présence la maladie principale, pour ne pas dire même la maladie unique, les glandules n'étant, dans ce cas, hypertrophiées que consécutivement, ou plutôt dilatées seulement. Tel était le cas qu'offraient deux sujets, dont M. le docteur Anselmier a publié la relation dans l'Union médicale. Mais là n'est pas, à nos yeux, l'intérêt principal de ces deux observations. Ce qui nous a paru surtout de nature à intéresser nos lecteurs, c'est le mode de traitement que ce praticien a mis en œuvre dans cette circonstance (la dissolution par les acides) et le succès qu'il en a obtenu. Voici ces deux faits.

Un jeune garçon de seize ans, ordinairement d'une bonne santé, éprouve depuis quelques années de l'essouffle-

ment au moindre exercice ; la voix est nasonnée, la narine gauche toujours encombrée de mucus, ce qui l'oblige à dormir la bouche ouverte, la déglutition est pénible et s'accompagne d'une sensation particulière de gêne. En examinant la bouche, M. Anselmier aperçoit sur le bord libre du voile du palais deux tumeurs volumineuses, chacune de la grosseur d'une noix, placées symétriquement de chaque côté de la luette, qui était presque horizontale et déjetée en arrière. Ces tumeurs rétrécissaient beaucoup l'isthme du gosier ; la muqueuse qui les recouvre était saine, mais plus rouge qu'ailleurs. Le palper, pratiqué avec l'index, donnait la sensation de corps à peu près sphériques, durs, glissant un peu sous la muqueuse et sur un plan résistant au-devant duquel ils se trouvent. Ces tumeurs étaient indolores. Un stylet porté sur quelques points blanchâtres, au fond de petites excavations, fit éprouver la sensation d'une pierre à surface inégale, rugueuse. Enfin, en glissant l'instrument en différents sens entre ces corps durs et les enveloppes que semble leur former la muqueuse, on voyait qu'ils composaient à eux seuls presque toute la tumeur. C'était, en effet, des calculs qu'on atteignait avec le stylet par les orifices des canaux excréteurs des glandules. Les amygdales faisaient saillie, mais on n'y constatait pas d'inflammation. A l'aide d'une sonde d'argent portée dans les narines, on sentait distinctement le relief que les tumeurs formaient en arrière, sur la face postérieure du voile du palais.

Quelques injections d'eau blanche légère furent pratiquées dans les fosses nasales pour les déblayer, puis M. Anselmier procéda de la manière qui suit à la dissolution des calculs : Ayant fait choix de l'acide sulfurique, d'abord parce que les calculs étaient très-durs, en second lieu parce qu'ils devaient être formés, suivant toute apparence, de carbonate de chaux, comme le sont presque toujours les calculs salivaires, et enfin parce que le sulfate de chaux qui résulte de l'acide sulfurique de la chaux est tout à fait inoffensif pour les tissus, il étendit cet acide d'une fois son volume d'eau, en imbiba un pinceau et le porta sur les points blanchâtres des tumeurs. Après un instant, on put faire sortir, en appuyant autour des orifices, une substance analogue à la craie. Quelques gouttes d'acide, étendues de beaucoup d'eau, prises en gargarisme pendant une demi-heure, firent sortir plusieurs crachats de cette boue blanche. Le malade se trouva soulagé, les tumeurs avaient diminué de volume, elles étaient moins dures et déprimées en quelques points. On les touche de nouveau avec l'acide ; gargarisme acidulé à la suite.

Le lendemain les tumeurs avaient disparu, et les mouvements du voile avaient suffi pour expulser la bouillie plâtreuse à mesure qu'elle s'était formée. On a fait sortir par la pression un quart de cuillerée de la pâte blanche qui restait. C'était effectivement du sulfate de chaux mêlé avec diverses substances organiques. Les tumeurs détruites, tous les symptômes avaient disparu.

Chez un second sujet, âgé de vingt-cinq ans, présentant à peu près les mêmes symptômes que le précédent, l'examen fit reconnaître à la base de la luette, et sur le bord libre du voile, trois tumeurs de la grosseur d'un gros pois ; l'une d'elles était au-devant de la luette qu'elle repoussait en arrière. Ces tumeurs, de forme globuleuse, très-peu mobiles sur le plan résistant du voile, étaient d'ailleurs indolentes. Le pharynx était envahi par une inflammation chronique légère, dont l'invasion remontait à deux ans. En explorant ces tumeurs avec le stylet, on pénétrait dans un petit orifice que présentait la glandule placée sur la ligne médiane, et l'on sentait un corps dur et résistant, donnant la sensation d'un calcul ; les deux autres tumeurs étaient molles et on ne pouvait apercevoir leurs canaux excréteurs.

La glandule, où avait été senti le calcul, fut touchée avec l'acide sulfurique étendu de son volume d'eau, puis les deux autres furent touchées également dans la pensée que leur orifice, s'il y en avait un, pourrait être atteint et révélé par l'acide. C'est ce qui eut lieu en effet. On remarqua bientôt sur les tumeurs des points blancs, par où l'acide avait pénétré.

Dès le deuxième jour on constata de la diminution dans une des tumeurs. En pressant le quatrième jour sur l'une d'elles, qui était restée volumineuse, on en fit sortir brusquement une pâte grisâtre, et la tumeur s'affaissa presque entièrement. Quelques insufflations de poudre d'alun complétèrent la guérison de ces tumeurs. La voix est devenue naturelle ; l'essoufflement a disparu. (*Union médicale*, octobre 1856.)

Eczémas *rebelles traités par l'iodure de chlorure mercureux.* Il n'est pas de praticien, pour peu qu'il ait vu un certain nombre d'eczémas, qui n'ait rencontré des cas rebelles à toutes les médications en usage. C'est contre les cas de ce genre qu'on ne saurait trop encourager les recherches thérapeutiques et multiplier les tentatives, à la condition toutefois qu'elles ne fassent courir aucun danger sérieux à des malades dont la vie n'est d'ailleurs pas compromise. Nous avons déjà fait connaître le traitement par l'iodure de chlorure mercureux, que M. le docteur Rochard a institué contre la couperose. Encouragé par les résultats qu'il avait obtenus de l'emploi de ce moyen dans la couperose et dans quelques autres maladies rebelles et réputées incurables de la peau, cet habile praticien l'a essayé dans le traitement des eczémas chroniques rebelles, et les résultats lui en ont paru jusqu'ici assez satisfaisants pour les porter à la connaissance de ses confrères.

Voici un fait que nous empruntons entre autres aux observations qu'il vient de publier :

Un homme de trente-cinq ans, atteint dans le courant du mois de mars d'une bronchite aiguë, à la suite de laquelle était survenu un *eczema rubrum* sur les membres, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 19 avril de cette année, dans le service de M. Hardy. Il présentait à cette époque, sur les bras, la face dorsale des mains, sur les cuisses et sur les jambes, de larges surfaces très-rouges, tuméfiées, avec suintement abondant de sérosité, chaleur vive et démangeaison très-intense Quelques vésicules étaient apparentes, mais on voyait sur la plus grande étendue des parties affectées, les excoriations produites par la rupture des vésicules. M. Hardy ordonna une tisane purgative, composée de 8 gram. de séné et de 16 gram. de pensée sauvage pour un litre d'eau. Cette tisane, qui fut prise tous les jours, pendant environ deux mois, occasionna d'abord de fortes coliques et un grand nombre de selles, répétées quelquefois jusqu'à vingt dans les vingt-quatre heures. Plus tard, elle fut mieux tolérée, et ne produisait plus que deux ou trois garde-robes par jour. Indépendamment de cette tisane, et des cataplasmes de fécule, le malade prenait tous les jours un grand bain d'amidon. Sous l'influence de ces divers moyens, continués pendant six semaines, il se manifesta peu d'amendement dans l'aspect de l'eczéma. La rougeur, le suintement et la démangeaison persistaient. Deux bains d'amidon par jour furent alors prescrits. Après quelques jours, on put constater une amélioration assez notable : la rougeur avait diminué, le suintement était à peine sensible, et la démangeaison était un peu apaisée; mais le malade éprouvait un grand affaiblissement, bien que son appétit se maintînt excellent. On diminua l'emploi des bains, et on observa de fréquentes recrudescences dans l'état de l'eczéma. Ce fut alors que fatigué du traitement, ce malade sortit de l'hôpital, le 5 juillet, et qu'il se confia aux soins de M. Rochard.

Voici l'état qu'il présentait à cette époque : sur les bras et sur les cuisses on voyait de larges surfaces d'un rouge vif, luisantes et tuméfiées; quelques-unes de ces surfaces étaient couvertes d'un suintement léger. Le malade y éprouvait une très-grande chaleur et une très-vive démangeaison le tourmentait, principalement la nuit. M. Rochard le mit à l'usage de la pommade d'iodure de chlorure mercureux. Dès les premières onctions il se manifesta un écoulement de sérosité, qui se dessécha au contact de l'air sous forme de croûte lamelleuse d'un brun jaunâtre. La démangeaison cessa presque aussitôt. Après la chute de ces croûtes et un repos de huit jours le suintement avait disparu, la rougeur et le gonflement des tissus avaient considérablement diminué.

Trois séries de trois onctions avec un intervalle de huit jours de repos ont suffi pour dissiper tous les symptômes de cet eczéma si tenace. Le topique ne produisant plus de poussées la peau a repris entièrement son aspect naturel. Cette guérison a été constatée par M. Hardy.

Il y a dans les faits recueillis par M. Rochard, et dont nous venons de rapporter un spécimen seulement, des conditions communes qu'il est d'autant plus utiles de faire remarquer ici, qu'elles tendent à montrer le lien qui rattache entre elles les divers espèces de maladies cutanées par la communauté des effets d'un même agent thérapeutique. Ainsi, par exemple, chez tous les malades atteints d'eczéma auxquels M. Rochard a fait l'application de ce traitement, il a remarqué que la maladie de la peau s'accompagnait de troubles fonctionnels généraux et plus spécialement du côté des or-

ganes digestifs ; que ces troubles diminuaient en même temps que s'améliorait l'état local de la peau, et qu'ils ont disparu quand la peau a repris son aspect normal. Les applications d'iodure de chlorure mercureux ont provoqué des éruptions ou plutôt des excrétions fort analogues, sinon tout à fait semblables à celles qui constituent la maladie elle-même ; ces excrétions ont successivement diminué jusqu'au moment où le topique ne provoquait plus aucune réaction. Or M. Rochard a déjà remarqué ce dernier fait dans le traitement de la couperose, du psoriasis, du pityriasis et du lichen. Enfin lorsque les onctions de pommade s'étendaient aux parties saines de la peau, il a vu qu'elles ne déterminaient sur ces parties qu'une réaction très-légère ou nulle, et qui, dans tous les cas, n'était suivie d'aucune excrétion. De ces divers rapprochements il a été porté à induire, ou à considérer du moins comme très-probable, que toutes les maladies de la peau désignées sous la dénomination commune de dartre sont de même nature et passibles du même traitement. (*Moniteur des hôpitaux*, octobre 1856.)

Hoquet (*De la compression des clavicules comme moyen de faire cesser le*). A propos de l'article de M. Devaux sur l'essai du valérianate d'ammoniaque comme traitement du hoquet, M. Ceysens rappelle l'attention sur les bons résultats de la compression, moyen beaucoup plus simple de triompher de la maladie. A l'exemple de Récamier, le médecin de Geat-Betz n'exerce pas la compression sur la région épigastrique, mais sur les clavicules. « Mon moyen consiste, dit-il, en une pression plus ou moins forte et continuée de quelques secondes à une ou deux minutes, sur l'extrémité interne ou sur le corps de l'une ou de l'autre clavicule, ou des deux clavicules à la fois. Ce moyen, qui peut-être ne paraît pas très-médical, ne m'a jamais fait défaut, soit dans le hoquet essentiel, soit dans le hoquet symptomatique de certains états anormaux des voies digestives. Je n'ai pu le mettre en pratique dans d'autres cas. Je n'expliquerai pas l'effet de cette pression. Seulement qu'il me soit permis de faire la remarque suivante : un grand nombre de physiologistes placent le siége du hoquet dans le diaphragme. Nous savons que c'est le nerf phrénique qui s'épanouit en tous sens dans ce muscle. Or, notons les rapport s qu'affecte ce nerf avec la clavicule ; on sait qu'il n'en est séparé que par la veine sous-clavière, et que quelquefois même il se trouve immédiatement derrière cet os. La pression exercée sur la clavicule ne pourrait-elle pas modifier l'état du nerf et par suite celui du diaphragme ? (*Journ. de méd. de Brux.*, décembre.)

Ictère *symptomatique de la présence d'un ascaride lombricoïde dans les voies biliaires.* On a alternativement trop ou trop peu accordé à l'influence des vers sur les phénomènes morbides développés conjointement avec les signes de leur présence dans les organes digestifs. Il n'est pas indifférent, bien loin de là, pour la pratique d'être fixé sur la valeur des faits invoqués à l'appui de cette influence pathogénique. Voici un fait qui, bien qu'il laisse encore quelque chose à désirer au point de vue de la certitude, est un exemple au moins très-probable d'un ictère symptomatique de la présence d'un ascaride lombricoïde dans les voies biliaires.

Une femme de trente-six ans, grande, d'un embonpoint modéré, très-impressionnable, habituellement bien réglée, sujette aux vers pendant son enfance, d'un appétit peu développé, avait depuis quelque temps des digestions lentes, parfois pénibles et de la constipation. Le 19 avril dernier, elle alla consulter M. Schloss pour des douleurs très-violentes, très-fréquemment renouvelées, qu'elle ressentait depuis deux heures de l'après-midi (il en était alors cinq), dans la région épigastrique. M. Schloss fut frappé de la couleur jaune de ses sclérotiques ; son urine examinée fut trouvée d'un rouge foncé, l'acide azotique y détermina une coloration verte. Elle n'avait eu ni peur, ni colère, ni aucune autre émotion morale ; son régime n'avait point été changé ; elle n'avait fait aucun excès, et ressentait seulement un peu de gêne à l'épigastre. Depuis quelques jours, il y avait eu apparition brusque de douleurs. La palpation abdominale n'apprit rien de plus pour l'étiologie : la pression n'accroissait pas les douleurs. (Calmants *intùs et extrà* pour la soirée et la nuit.)

Le lendemain matin, le corps présentait une coloration jaune verdâtre très-intense ; la malade s'agitait dans son lit par suite de douleurs épigastriques très-violentes, s'irradiant vers

les hypochondres, la région ombilicale et la région lombaire, avec de fréquentes exacerbations. Il y avait eu un vomissement dans la nuit. La pression n'augmentait que fort peu les douleurs, le ventre avait peu de développement; la palpation et la percussion ne révélaient rien : anxiété, peau fraîche, pouls un peu lent, grande faiblesse, céphalalgie sus-orbitaire violente, courbature, nausées. M. Schloss prescrit un purgatif.

Le premier effet de ce purgatif fut un vomissement de matières glaireuses dans lesquelles on trouva un ascaride lombricoïde. Deux ou trois selles suivirent, mais dans lesquelles on ne peut constater la présence ni d'autres vers, ni de calculs biliaires. — Dans les heures qui ont suivi le rejet de l'ascaride, il y a eu diminution très-rapide dans l'intensité des douleurs, et le soir la malade n'a plus accusé qu'une simple pesanteur à l'épigastre.

Depuis lors, il y a eu décroissance de jour en jour dans la coloration de la peau; la malade n'a plus rien ressenti à l'épigastre; seulement un peu de gêne douloureuse dans quelques moments aux hypochondres. La faiblesse est moins grande, l'appétit un peu revenu; la langue, couverte d'un enduit épais le deuxième jour, a repris son aspect presque normal.

A défaut de preuve plus directe, il serait difficile, en présence de la brusque apparition des phénomènes morbides, sans causes morales ou physiques appréciables, de leur intensité et de leur diminution rapide, à la suite de l'expulsion d'un ascaride déterminée par le vomissement, de ne pas considérer ici comme la cause probable de tous ces phénomènes la présence de cet ascaride dans les voies biliaires, et comme l'agent principal de la guérison, le purgatif qui en a déterminé l'expulsion. (*Gazette hebd.*, décembre.)

Imperforation du rectum. *L'incision est préférable au déchirement de la cloison membraneuse. Succès constaté quatre ans après l'opération.* Il est des vérités tellement éclatantes, qu'on s'étonne de trouver des esprits assez aveugles pour les nier : de ce nombre se trouve la nécessité de l'intervention de l'art dans les cas d'imperforations du rectum. En voici une preuve. « On amène à ma consultation, en 1852, dit M. Bernard, d'Apt, un enfant de quatorze jours, qui se meurt d'une occlusion intestinale. La garde prétend que le confrère qui a examiné l'état de l'intestin l'a déclaré au dessus des ressources de l'art. Depuis quatorze jours on attend la mort de la pauvre créature; mais, contre tous les arrêts, elle s'obstine à vivre. » Malgré la déplorable situation de l'enfant, M. Bernard n'hésite pas à intervenir : il dilate l'ampoule anale; mais la pointe mousse, à laquelle il a recours pour triompher de l'obstacle est-il d'une bonne pratique? Nous ne le pensons pas. Qu'après avoir pratiqué dans la cloison membraneuse une ponction d'un centimètre avec le bistouri et la lancette, il quittât l'instrument tranchant et s'armât d'une sonde cannelée pour achever son opération, on le comprendrait; mais vouloir triompher de haute lutte d'un diaphragme, dont on ne connaît point l'épaisseur, avec la pointe mousse d'une sonde cannelée, c'était s'exposer à déterminer de graves accidents. Dans le cas de M. Bernard, la cloison n'avait qu'un centimètre; dès qu'elle fut traversée, une matière jaunâtre s'écoula par la cannelure de la sonde. Ce débridement du cul-de-sac rectal ayant été pratiqué dans plusieurs sens, on introduisit trois fois par jour une bougie. L'usage des dilatateurs, de volume de plus en plus considérable, fut continué pendant six mois.

Aujourd'hui cet enfant, âgé de quatre ans, rend les fèces moulées sur un intestin ayant sa capacité normale. (*Ann. clin. de Montpellier*, novemb.)

Ligature (*Chute du rectum, guérie au moyen de la*). Le plus grand nombre des observations qui ont trait à la thérapeutique chirurgicale n'ont de valeur qu'au point de vue du procédé opératoire; elles sont publiées, le plus souvent, avant que leurs auteurs aient eu le temps de constater les résultats définitifs des procédés qu'ils ont mis en pratique; ce sont cependant ces résultats qui seuls peuvent les faire entrer dans la pratique. Le fait suivant est complet à cet égard; aussi, nous empressons-nous de l'enregistrer au profit de la méthode de la ligature.

Obs. M. D., ancien capitaine, âgé de soixante-trois ans, était affecté depuis quelques années d'une procidence de la muqueuse rectale. La maladie avait fait de tels progrès, malgré l'emploi des moyens médicaux appropriés, que M. Bernard crut devoir agir chirurgicalement. La diarrhée était incessante, la nutrition se faisait mal.

le malade dépérissait à vue d'œil. L'incision des plis rayonnés de la peau étant insuffisante, il fallut recourir à l'excision de la muqueuse, qui fut pratiquée de la manière suivante: toute la tumeur ayant été expulsée par un effort du malade, on la saisit avec des pinces érignes. Sa longueur est de six centimètres. Après avoir parcouru le pourtour de la tumeur, et avoir fait pénétrer le doigt dans l'intestin, et s'être convaincu qu'il n'avait affaire qu'à une procidence de la muqueuse, le chirurgien implante sur le côté et à la base de la tumeur une aiguille courbe ornée d'un fil double. La même opération est faite dans trois autres points, les fils supérieurs sont ramenés en dehors, liés avec leurs voisins de droite et de gauche, serrés très-modérément et conservés dans leur longueur. La muqueuse se trouve ainsi liée dans toute sa circonférence. La constriction est assez forte pour s'opposer à une hémorrhagie, mais point assez pour amener la mortification des tissus. La muqueuse a pâli. Attaquée à l'aide de forts ciseaux, à quatre millimètres des ligatures, il s'écoule fort peu de sang. Une canule en caoutchouc est introduite au centre du rectum resté libre. Dans la journée, les gaz ayant de la peine à s'échapper, on retire la canule. Les jours suivants on enlève les ligatures. La réaction traumatique est fort légère, et la cicatrisation met une quinzaine de jours à s'accomplir. Depuis six ans que M. D a été opéré, ajoute M. Bernard, la guérison ne s'est pas démentie. Les fèces séjournent dans le rectum, l'anus a repris son occlusion à l'aide de la contractilité du sphincter, et après s'être promptement restauré, le malade a repris sa bonne santé. (*Ann. cliniq. de Montpellier*, novembre.)

Opium (*Bons effets de l'*) *dans la folie triste*. Nous signalions, il y a quelque temps, la tendance actuelle des médecins aliénistes à revenir, dans le traitement des diverses formes de l'aliénation mentale, à des médications pharmaceutiques actives trop longtemps abandonnées pour la saignée, la douche ou le traitement moral exclusif. L'opium est un des agents qu'on employait le plus volontiers autrefois dans ces affections; c'est aussi celui qui semble devoir être repris avec le plus de faveur. Voici quelques exemples empruntés à la *Gazetta medica di Lombardia*, qui montrent les avantages qu'on peut en retirer dans certains cas de mélancolie ou de folie triste.

M. le docteur Giovanni Clerici, médecin principal du grand hôpital de Milan, a été conduit à l'emploi des opiacés, dans cette espèce de folie, par cette considération que chez beaucoup de mélancoliques, des inquiétudes, la crainte, la peur, semblent le plus souvent, en tourmentant les malades, entretenir leur état maladif; tandis que l'administration de l'opium et d'autres narcotiques, la belladone, par exemple, produit habituellement un délire gai, ou tout au moins une disposition exhilarante tout à fait contraire. M. Clerici n'a pas pensé que l'emploi de l'opium fût contre-indiqué par la plénitude ou la fréquence du pouls, un état de sécheresse et d'aridité de la peau, la congestion du globe oculaire, une sensation de chaleur lourde à la tête, ces symptômes étant moins l'indice d'une méningite dont on ait à redouter l'exaspération par ces moyens, que le résultat de l'insomnie ou d'un désordre de l'innervation.

Le traitement opiacé commençait par l'emploi de trois ou quatre pilules d'un tiers de grain d'opium. Le nombre était augmenté, chaque jour, de deux pilules, jusqu'au chiffre de dix. A cette dose on s'arrêtait et puis on reprenait le médicament à des quantités moindres Sous l'influence de cette narcotisation graduée, le délire, les hallucinations, les pénibles inquiétudes, l'insomnie, l'irritation générale, se continuaient sans amélioration appréciable pendant les premiers jours. Mais vers le douzième jour, quand les malades prenaient à peu près 4 décigrammes d'opium, apparaissaient de légers intervalles de repos, une faible diminution du délire et des hallucinations sombres. Les effets physiologiques étaient, contrairement à ce qui se passe habituellement, bien plus marqués : le pouls, la température, l'excitation générale s'abaissaient ; le ventre restait libre ; on voyait disparaître, lorsqu'elles existaient précédemment, les congestions vers la face et la céphalée.

De quatre malades (femmes) que M. Clérici a traitées ainsi, une se croyait damnée ; une seconde, devenue folle à la suite d'un violent effroi, était portée au suicide ; une troisième se croyait poursuivie par la haine générale ; la quatrième, tout en ayant la conscience de son état et de ses hallucinations, ne cessait d'avoir peur des autorités politiques, auprès des-

quelles elle se croyait compromise. Des moyens variés, chez trois de ces malades (évacuants, révulsifs, rhubarbe et magnésie calcinée dans le premier cas; saignée, ventouses scarifiées à la nuque, laxatifs, potions stibiées dans le deuxième cas; trois saignées, sangsues, purgatifs dans le troisième) n'avaient nullement empêché l'aggravation de la mélancolie, tandis que l'opium amena une bonne guérison. En même temps que celle-ci s'établissait et que l'économie commençait à être saturée d'opium, du prurit à la peau, des fourmillements par tout le corps, un peu de céphalée et d'élévation du pouls, s'observaient, pour disparaître promptement avec la cessation du médicament. (*Gazetta medica di Lombardia* et *Union médicale de la Gironde*, novembre.)

Ortie (*Emploi de l'*) *dans les affections dartreuses*. On a attribué une foule de propriétés thérapeutiques diverses au suc de l'ortie. Il est peut-être un peu difficile, au milieu des assertions contradictoires des auteurs de matière médicale, de se faire une idée bien exacte de l'action réelle de cette substance et des indications qu'elle est plus particulièrement apte à remplir. Il n'est donc pas inutile d'enregistrer les faits qui peuvent concourir à éclairer sur ce point les praticiens ou à diriger du moins leurs recherches. Voici quelques faits que M. le docteur Silva Beirão a publiés dans la *Gazeta medica de Lisboa*, et qui tendraient à démontrer que le suc d'ortie ne serait pas sans efficacité dans quelques affections chroniques de la peau.

L'extrait et le suc de cette plante (*Urtica major* et *U. minor*), associés à une égale quantité de fleur de soufre, ont été administrés sous forme pilulaires, à la dose de 6 à 12 grains par jour (30 à 60 centigr.) en 3 à 6 pilules. L'emploi de ce moyen a été secondé par des bains généraux préparés avec une décoction d'ortie. L'herpès, l'eczéma, l'acné, les éphélides, le prurigo, ont paru avoir été favorablement traités par cette médication. Une diminution très-sensible de la démangeaison, une favorable excitation du tube digestif, se traduisant par une augmentation de l'appétit et la liberté du ventre; une activité modérée dans les sécrétions de la peau et celle des reins, et qui semble s'exercer encore sur toutes les muqueuses: tels sont les phénomènes physiologiques que M. Silva Beirão pu rattacher à l'emploi des préparations d'ortie, et qui ont paru mieux produits par le suc de la plante que par l'extrait.

Quant aux résultats thérapeutiques, voici dans quel ordre ils se sont présentés après un temps variable: diminution du purit; diminution de la rougeur de la peau, desquamation très-sensible (quand il s'agit d'une affection squameuse), et enfin guérison.

Les résultats que M. Beirão a obtenus de l'emploi de ce traitement accompagné de l'usage rationnel des moyens hygiéniques et diététiques lui ont paru assez satisfaisants pour qu'il se soit cru fondé à le conseiller dans les maladies chroniques de la peau, à l'exception toutefois de celles qui paraissent dépendre d'un vice particulier, tel que le virus syphilitique, et de celles qui se manifestent sous forme tuberculeuses.

Une circonstance, nous devons le dire, ôte quelque peu de leur valeur à ces faits sous le point de vue de la démonstration de l'action curative de l'ortie, c'est l'association de cet agent avec le soufre. Bien que les effets physiologiques constatés, notamment l'effet durétique, se rapportent bien évidemment plutôt à l'urtie qu'au soufre, et permettent jusqu'à un certain point d'éliminer ce dernier dans l'appréciation du résultat, c'est néanmoins une cause d'incertitude regrettable. On n'avait pas ici, comme dans le cas qui précède, l'excuse d'un danger imminent, et l'on pouvait très-bien sans compromettre nullement la vie des malades, ni même probablement prolonger sensiblement la cure, se borner au seul agent que l'on se proposait d'expérimenter. (*L'Union de la Gironde*, novembre.)

Tétanos *traumatique guéri par le cyanure de potassium à haute dose et le chloroforme par la voie de l'estomac et du rectum simultanément*. Le cyanure de potassium et le chloroforme ont déjà donné isolément, et chacun pour leur compte, des résultats heureux contre le tétanos traumatique; mais comme, en présence d'une si redoutable affection, ce n'est pas trop que de réunir et de concentrer en un effort commun le plus de forces médicatrices possibles, dût on y perdre quelque chose au point de vue de la certitude expérimentale, on ne peut qu'approuver les tentatives d'association qui ont pour objet de mieux assu-

rer le résultat. C'est ce qu'a fait très-heureusement M. le docteur Sabin Martin, de la Nouvelle-Orléans, en combinant l'action du cyanure de potassium avec celle du chloroforme, ou plutôt en aidant ces médications l'une par l'autre. Le succès qu'il a obtenu de cette médication dans deux cas également graves nous semble mettre le fait à l'abri de l'objection un peu banale d'une simple coïncidence fortuite. Voici ces deux observations.

Obs. 1. Le 8 février 185.., une femme d'environ trente-cinq ans fut violemment précipitée d'une voiture, et se fit, dans cette chute, une blessure très-étendue à la tête. Appelé à lui donner ses soins, M. Sabin Martin, après avoir pansé la plaie, prescrivit une diète absolue, le repos, et recommanda surtout de prévenir l'impression du froid excessif qui régnait à cette époque. Pendant les trois premiers jours, les choses se passèrent à souhait; mais le quatrième jour, la malade ayant, au mépris de ces conseils, commis l'imprudence de se lever pour vaquer aux soins de son ménage, fut prise des premiers symptômes du tétanos traumatique. Son médecin la trouva le lendemain dans l'état suivant :

Douleur aux masséters, principalement au côté droit (côté de la blessure), dureté et saillie prononcée de ces muscles, trismus, écartement du maxillaire inférieur pénible, réduit à moitié de ce qu'il est à l'état normal, muscles des régions antérieure et postérieure du cou endoloris et tendus, sentiment de constriction au larynx; déglutition laborieuse, accompagnée de soubresauts; face légèrement animée traits empreints de terreur; pouls à peine fébrile; constipation, anorexie, soif, nausées.

M. S. Martin, qui avait déjà obtenu quelques succès, en pareil cas, de l'emploi du cyanure de potassium à haute dose, prescrivit une potion gommeuse de 4 onces (120 grammes), additionnée de 6 grains (30 centigrammes) de cyanure de potassium, à prendre par demi-cuillerée à bouche toutes les demi-heures d'abord, puis toutes les heures.

Le lendemain (19 février), l'état de la malade était peu différent de la veille; l'affection s'était contenue seulement dans les mêmes limites. (Nouvelle potion de 360 grammes, contenant 90 centigrammes de cyanure, à prendre par cuillerée d'heure en heure.)

Le 20, la journée a été marquée par une abondante diaphorèse et de fréquents spasmes dans les masséters; douleur à la nuque augmentée : sterno-mastoïdiens tendus et se dessinant nettement sous la peau, état semblable des masses charnues de l'abdomen et de la gouttière vertébrale, contraction permanente des moteurs de la mâchoire de plus en plus prononcée ; peau fraîche, halitueuse ; pouls vif sans petitesse, langue pâle, humide et large. (Nouvelle potion *ut suprà.*)

21 février; aux symptômes précédents s'ajoutent de la dyspnée et une sensation de strangulation portée si loin que la malade se voit menacée de suffocation ; elle est en proie, par moments, à une agitation et à une angoisse excessives. A part ces moments d'angoisse, pendant lesquels la déglutition est presque impossible, la solution cyanurée est donnée assez régulièrement pour être prise dans l'espace de temps voulu. (Même prescription.)

A dater du 22, amendement notable, calme beaucoup plus grand pendant le jour, quelques paroxysmes nerveux, mais à un moindre degré la nuit. (On insiste sur la même médication.)

Le 29, la maladie continue à suivre une marche lentement décroissante ; la malade commençant à éprouver une répugnance presque invincible pour la potion, dont on a diminué depuis quelques jours la dose, à mesure que les accidents diminuaient, on en suspend l'usage pendant une journée. Après ce temps de repos, elle est reprise encore pendant quelques jours.

Le 4 mars, l'amélioration ne faisant pas de progrès sensibles, M. S. Martin substitue au cyanure de potassium le chloroforme en potion et en lavement : 30 gouttes dans 120 grammes de véhicule à prendre dans la journée; le matin, à midi, et le soir, un quart de lavement additionné de 20 à 30 gouttes.

Le 5 mars, les symptômes de rigidité, qui avaient persisté, sont sensiblement modifiés. (Même prescription.)

Le 9, calme parfait; les traits n'expriment plus la souffrance, les forces se raniment, les muscles s'assouplissent, les masséters ont cessé d'être douloureux, les mâchoires se sont desserrées, mais conservent encore un reste de roideur; retour de l'appétit, pouls normal, convalescence.

Le 14 mars, rétablissement complet. La malade a pris en tout 186 gr.

ou 0,30 centigr. de cyanure de potassium.

Obs. II. Le second malade est un jeune nègre de douze ans, qui, à la suite d'une piqûre au pied droit, avait ressenti, au bout de quelques jours, de la gêne dans les mouvements de mastication, avec douleur et diminution considérable des forces. Lorsque M. S. Martin le vit pour la première fois, sa plaie était entièrement cicatrisée, mais il éprouvait un sentiment d'engourdissement à la jambe, avec gêne dans les mouvements, et un trismus considérable avec roideur tétanique de la plupart des muscles de la face, du cou et de l'abdomen. (Solution cyanurée : 30 centigr. par 120 gram.)

Le deuxième jour, les contractions cloniques se surajoutent au spasme permanent et s'accompagnent, à intervalles réguliers, d'une sorte de détente générale promptement suivie de la reproduction de la roideur avec un surcroît d'intensité. Ces désordres vont en augmentant jusqu'au sixième jour; le sixième jour ils sont stationnaires ; du septième au neuvième ils diminuent; mais, à dater du douzième jour, les accidents tétaniques se reproduisent avec une nouvelle intensité. C'est alors qu'à l'administration incessante de la potion cyanurée, on ajoute l'usage du chloroforme donné à raison de 5 à 6 gouttes par cuillerée de potion, de deux en deux heures, et 30 gouttes par quart de lavement, trois ou quatre fois par jour.

Dès le lendemain, il survint un amendement sensible, et, deux jours après, la maladie était entrée franchement dans sa période de déclin. Quelques jours après la convalescence était confirmée, et la guérison définitive ne tarda pas à s'ensuivre. Le jeune malade avait pris en tout 202 grains, ou 10 gram. environ de cyanure de potassium, et 6 gros, ou 24 gr. de chloroforme. (*Journ. des Conn. médic.*, novembre.)

Réfrigérants *dans le traitement des traumatismes* (*Des*). Nous avons souvent appelé l'attention de nos lecteurs sur la médication réfrigérante appliquée au traitement de diverses lésions traumatiques des membres ; et en en signalant l'efficacité, nous en avons aussi plusieurs fois fait connaître les dangers. C'est en vue de ces dangers particulièrement que nous avons, dans plusieurs circonstances, appuyé la proposition faite par quelques praticiens de substituer l'eau tiède et même l'eau chaude à l'eau froide, dans les cas surtout où l'action de ce liquide doit être prolongée. Voici quelques faits observés par M. Dupuy à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, qui prouvent combien l'action prolongée de l'eau froide peut devenir pernicieuse dans les cas de traumatisme où il y a déjà un certain degré d'engourdissement et de stupeur locale, et ceux surtout où il y a imminence de gangrène.

Luxation de l'astragale. — Immersion dans l'eau froide.— Gangrène du pied.— Mort. Un jeune homme d'une vingtaine d'années, en franchissant une barrière, se fait une luxation en avant de l'astragale; il entre immédiatement à l'hôpital. La réduction est assez facile, et pour prévenir l'inflammation qu'une pareille lésion fait redouter, le chirurgien fait mettre le pied dans un bain d'eau froide. La douleur n'est pas calmée ; elle devient, au contraire, plus forte. L'immersion permanente dans l'eau *à une température plus basse* est continuée. Les douleurs, le gonflement, la fièvre, attribués à l'inflammation, font toujours recourir au même moyen. — Le huitième jour, M. Dupuy fait la visite, et, touché des souffrances du malade, il fait retirer le pied du bain froid, où il était depuis huit jours. Le pied et la jambe jusqu'au genou étaient considérablement tuméfiés ; la peau était très-froide jusqu'à 6 ou 7 centimètres au-dessus des malléoles, et privée de toute sensibilité. Teinte générale livide; nombreuses petites phlyctènes ; pouls petit, très-fréquent ; grande prostration. Les accidents locaux marchent rapidement: sphacèle de tout le pied ; larges escarres au niveau et au-dessus des malléoles ; la séparation de ces escarres amène l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne ; large dénudation des extrémités du péroné et du tibia ; suppuration abondante. Le malade paraissait avoir échappé aux accidents généraux de la gangrène qui était limitée, et l'amputation allait être pratiquée, lorsque les symptômes d'infection purulente se manifestèrent et ne tardèrent pas à amener la mort.

Deux fois M. Dupuy a vu l'irrigation d'eau à la glace produire non-seulement la gangrène, mais encore le tétanos. L'un de ces faits est relatif à un jeune homme auprès duquel il fut appelé au mois de janvier 1855, et qui, à la suite d'une plaie d'arme à feu de l'avant-bras, venait d'être

atteint de tétanos. La température de l'atmosphère était très-froide; le membre blessé était depuis sept jours soumis à une irrigation continue d'eau à la glace; le bras et l'avant-bras étaient considérablement tuméfiés; la peau, d'un rouge livide, était privée de sensibilité dans presque toute l'étendue du membre; la main et une partie de l'avant-bras étaient frappées de sphacèle; les accidents tétaniques, trismus et opisthotonos, étaient très-avancés; le malade mourut peu de temps après.

Le second fait a trait à un marin qui avait eu la partie inférieure de la jambe entourée et broyée par un gros câble. Il y avait une fracture comminutive et une large plaie. La plaie fut recouverte d'une mince couche de charpie, sur laquelle on entretint constamment des fragments de glace; de plus on soumit le membre à l'irrigation continue d'eau à la glace. Ce traitement ayant été continué pendant plusieurs jours, la caloricité et la sensibilité disparurent; le pied se sphacéla et le malade mourut de tétanos. (*Union méd. de la Gironde*, sept. 1856.)

VARIÉTÉS.

LE MÉDECIN DE CAMPAGNE.

Par le Dr VAULPRÉ.

Le militaire en face de l'ennemi ne peut pas montrer de l'hésitation, environné d'amis, de concitoyens, conduit par ses chefs, animé par un sentiment de haine ou de vengeance, il fait des prodiges de valeur, il prodigue son sang, et tous les jours il trouve la mort, alors qu'il cherchait la victoire. Les yeux qui le regardent, la décoration qu'il espère, l'avancement qu'il attend, la pension promise aux blessés, tout le soutient et l'excite. Comment d'ailleurs reculer devant un ennemi qui vous presse? Poussé par les uns, soutenu par les autres, excité par le bruit et l'odeur de la poudre, animé par les tambours et les clairons, stimulé par la voix des chefs, par le sentiment de l'honneur national et par la soif de la gloire, si vive chez nous autres Français, comment pourrait-il tourner le dos à l'ennemi? Le médecin, plus modeste, va tout seul, sans bruit, sans éclat, et sans espérer la gloire ni le profit, obéissant simplement à sa conscience, il marche au soulagement des malheureux, il sacrifie son temps, ses veilles et son sommeil, il s'expose bénévolement et de sang-froid au danger de la contagion, mû par un généreux sentiment du devoir.

Le médecin de campagne ne borne pas ses attributions aux seules fonctions de son ministère; il est l'ami, le confident du pauvre cultivateur et prend part à l'affliction que lui causent les intempéries comme à la joie des riches moissons. Il l'initie aux nouvelles méthodes de culture, le conseille dans ses essais, lui fait part de ce qu'il sait, de ce qu'il a vu dans d'autres régions. Il lui enseigne la greffe et la taille des arbres fruitiers, dont il recommande la culture. Dans ses moments de délassement, comme récréation, il s'occupe de son jardin, qui est le mieux tenu de tout le voisinage. Il recherche les meilleures espèces, celles qui sont le plus propres à notre climat, à son sol; il en crée de nouvelles dont il est fier. Ses légumes et ses fruits sont remarqués, et si sa modestie et l'éloignement du chef-lieu n'y mettaient obstacle, il figurerait honorablement dans les expositions horticoles. Quel médecin exerçant à la campagne peut rester étranger aux travaux des champs et n'est capable de donner des avis utiles au paysan routinier?

Absorbé par l'exercice de sa profession, et afin d'être tout à fait l'ami de ses malades, le médecin de campagne renonce le plus souvent aux douceurs du mariage: il sait que les devoirs de famille seraient une entrave dans l'assistance qu'il doit aux malheureux. Il a pour société intime quelques bons voisins avec lesquels il traite les questions d'agriculture; le plus souvent, lorsqu'il peut disposer de sa soirée, il la passe en compagnie du curé du village, avec lequel il peut parler de science et des belles-lettres. Ils s'entretiennent à eux deux des malheurs particuliers à leur localité, et ils recherchent ensemble les moyens d'y remédier. S'il a des malades en danger, loin de mériter le reproche d'irréligion que l'on fait trop communément et sans juste motif au corps médical, il

[1] Voir le précédent numéro.

en prévient son confrère spirituel. C'est ici l'occasion de le dire : cet appareil religieux, que parfois on prétend devoir effrayer les moribonds, loin de leur donner de l'appréhension, les encourage, les fortifie et semble les soulager au physique comme au moral.

On peut voir d'après ce tableau, qui n'a d'autre mérite que celui de la vérité, que l'humble praticien des campagnes ne perd rien de la supériorité que l'on accorde au médecin instruit et expérimenté exerçant dans les villes. Leurs études à tous les deux ont été les mêmes, leurs connaissances et leurs aptitudes sont semblables. Mais quelle différence dans les moyens thérapeutiques dont ils disposent! Aussi le dénûment du plus humble des deux le force à créer des procédés ingénieux et simples de soulagement. Tous les jours, nous voyons la science emprunter à la pratique campagnarde des ressources et des moyens nouveaux et se les approprier en les développant. L'un a en perspective des richesses et la renommée, l'autre, fixé là où il a vu le plus de misères à secourir, met à la disposition de populations isolées les connaissances et l'instruction qu'il a acquises par son travail et aux dépens de son patrimoine, sans qu'il ait presque jamais l'espoir de le recouvrer en réputation ni en aisance.

Par arrêté du 28 novembre, sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Paris, le 2 janvier prochain, pour neuf places d'agrégés stagiaires à la Faculté de médecine :

MM. Bérard, inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine, professeur de physiologie, président ; — Trousseau, professeur de clinique médicale; — Andral, membre de l'Institut, professeur de pathologie générale et thérapeutique ; — Velpeau, membre de l'Institut, professeur de clinique chirurgicale; — Denonvilliers, professeur de pathologie chirurgicale; le baron P. Dubois, professeur de clinique d'accouchements; — Guéneau de Mussy, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris ; — Bégin, président du Conseil de santé des armées; — Michel Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'École de médecine et de pharmacie militaires.

Sont nommés juges supplémentaires dudit concours : MM. Rostan, professeur de clinique médicale ; — Nélaton, professeur de clinique chirurgicale ; — Moreau, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants ; — le baron Larrey, sous-directeur et professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine et de pharmacie militaires.

L'École de médecine et de pharmacie de Lille vient d'être réorganisée. Sont nommés *professeurs titulaires* des chaires suivantes : anatomie et physiologie, M. Fabre. — Pathologie externe et médecine opératoire, M. Moroston. — Clinique externe, M. Parise. — Pathologie interne, M. Pilat. — Clinique interne, M. Cazeneuve. — Accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Binaut. — Matière médicale et thérapeutique, M. Brigaudat. — Pharmacie et notions de toxicologie, M. Garreau. *Professeurs adjoints* : clinique externe, M. Hauzé de l'Aulnoy. — Anatomie et physiologie, M. Arrachard. — Pharmacie et toxicologie, M. Brauwers. — *Professeurs suppléants* ; pour les chaires de médecine proprement dites, M. Bertherand; pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, M. Joire; pour la chaire d'anatomie et de physiologie, M. Chrétien. — M. Cazeneuve est nommé directeur de l'École.

Deux élections viennent d'avoir lieu à l'Académie de médecine, l'une en chirurgie, l'autre en pharmacie. M. Nélaton, professeur de clinique chirurgicale a été élu d'emblée et à une grande majorité ; il n'en a pas été de même de la seconde : il n'a pas fallu moins de trois tours de scrutin ; enfin au scrutin de ballottage, M. Poggiale, pharmacien en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, l'a emporté sur M. Mialhe. Heureusement une seconde place est vacante dans cette même section; l'élection de ce savant pharmacien n'est reculée seulement que de quelques mois.

M. Michel, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé professeur titulaire de médecine opératoire de ladite Faculté.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations sur la nature et le traitement du sclérème et de l'asphyxie,

Par M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine (¹).

Les emprunts que nous avons faits à l'asphyxie, à la syncope, pour constituer la pathologie du sclérème, nous pouvons les restituer en moyens thérapeutiques à ces deux affections.

Dans le sclérème, la syncope et l'asphyxie, il y a un fait commun, c'est l'*inertie* musculaire. Primitive dans le premier, elle est secondaire dans les deux autres; il y a donc dans celles-ci des indications premières à remplir; c'est presque toujours de soustraire le malade à l'influence de la cause qui les a produites, et à le placer dans les conditions les plus favorables à l'exécution des fonctions suspendues. Ces préliminaires achevés, l'indication est la même dans les trois cas : *réveiller l'action des muscles*, afin de rétablir les actes de la circulation et de la respiration; les moyens doivent être d'autant plus énergiques, plus rapides dans leurs effets, que le danger est plus immédiat. Aussi, dans la syncope et l'asphyxie, faut-il agir aussitôt et sans désemparer. Plus lent dans sa marche, le sclérème permet moins d'activité, moins de continuité dans les moyens.

La contractilité musculaire peut être excitée, ranimée de deux manières : 1° par la stimulation de la sensibilité, l'excitation du cerveau par la douleur, et la réaction de cet organe sur les organes de contraction. La sensibilité et la contractilité sont connexes; quand l'une est éveillée, l'autre en reçoit le contre-coup par une action cérébrale réflexe; 2° par la stimulation directe de l'appareil musculaire : c'est le mode employé dans le sclérème, et que nous proposons d'appliquer aux deux autres affections, conjointement avec l'autre mode d'excitation.

Dans un Mémoire intéressant sur l'asphyxie, publié dans les Archives gén. de méd. (juillet 1856), M. le docteur Faure préconise les affusions froides, bonnes dans certains cas; et surtout les cautérisations superficielles multiples, pratiquées d'abord sur le trajet des nerfs intercostaux et promenées sur divers points de la surface cutanée, etc.; il cite des exemples de guérison d'asphyxiés rappelés

(¹) Fin. — Voir les livraisons du 30 novembre et du 15 décembre, pages 433 et 481.

à la vie, après une admirable persévérance de soins continués durant plusieurs heures, dans des cas de mort apparente.

Certes, on ne peut qu'applaudir aux succès obtenus par une aussi patiente continuité de soins, et alors que ces soins semblaient inutiles.

Mais, en pareil cas, ne doublerait-on pas l'action thérapeutique, si, à l'excitation de la sensibilité, qui ne revient aux muscles qu'après avoir passé par le cerveau, on joignait l'excitation musculaire directe? si, comme chez le sclérémeux, on pratiquait chez l'asphyxié le massage, la respiration, les mouvements artificiels du tronc et des membres, les frictions avec chatouillement et pression des parois de la poitrine; et cela, avec la persévérance apportée par M. Faure dans l'emploi des cautérisations? Je ne sais si la pratique confirmera les prévisions de la théorie, mais les bons effets de ce moyen dans l'asphyxie sclérémeuse nous donnent l'espérance qu'ils ne seraient pas moins efficaces dans l'asphyxie aiguë, soit comme moyen principal, soit comme adjuvant.

L'excitation de la contractilité par irritation réflexe exige une grande dépense d'incitabilité par la continuité, l'énergie de l'incitation. L'incitabilité ne peut-elle s'épuiser? Des asphyxiés qui ont succombé, après une apparente guérison, n'auraient-ils pas survécu s'ils n'avaient dû faire une aussi grande dépense de sensibilité, et si à l'excitation indirecte on avait joint l'excitation directe?

Le massage, les mouvements communiqués favorisent le dégorgement des muscles; ils excitent leur contractilité engourdie; ils les éveillent, sans dépense d'innervation exagérée, sans secousse pour le cerveau, sans épuisement d'incitabilité.

Dans les cas légers, cette médication doit suffire. On pourrait néanmoins lui adjoindre quelques excitants de la sensibilité. Dans les cas graves, elle doit encore être avantageuse; mais ici c'est le cas de mettre en pratique le célèbre aphorisme : *magnis magna;* de recourir aux stimulants les plus énergiques, et en première ligne au mode de cautérisation qui a si bien réusssi entre les mains de M. Faure, à l'électricité, si l'on a les moyens de l'appliquer. Il faut, en un mot, comme aurait dit feu Récamier, *faire feu de toutes les batteries.*

L'application que nous conseillons de faire à la syncope et à l'asphyxie des moyens employés contre le sclérème, nous la conseillerions également dans l'asphyxie chloroformique. C'est surtout ici qu'il faudrait agir vivement et avec énergie; joindre à l'excitation de la sensibilité la stimulation directe des muscles; exercer la res-

piration artificielle par des pressions latérales de la poitrine, imitant les mouvements respiratoires ; communiquer aux membres une sorte de gymnastique active, etc., en s'occupant d'ailleurs de faire arriver l'air dans la bouche largement ouverte, etc.

Ce traitement de l'asphyxie est une déduction logique de son efficacité dans le sclérème.

Au moment de publier ce travail, je lis dans les comptes rendus de la séance de l'Académie des sciences du 15 septembre 1856 le résumé d'une communication faite par M. Marshall-Hall, relative aux règles à suivre dans le traitement de l'asphyxie.

La *respiration imitée* est une des règles posées pour hâter le retour des mouvements respiratoires. Je transcris la note relative à cette règle :

« Le malade étant posé sur la poitrine, on remarque qu'il y a « expiration, que cette expiration augmente en comprimant le dos, « et qu'en enlevant cette compression une inspiration commence, « qui devient complète en tournant le malade sur le côté, et un peu « au delà. Ainsi, je conseille de mettre le malade sur la poitrine, « d'exercer une compression sur le dos, de faire cesser cette com- « pression, et de tourner sur le côté, alternativement, doucement, « régulièrement, de dix à quinze fois par minute.

« Il s'accomplit souvent alors une belle inspiration, d'un demi- « litre d'air atmosphérique dans les cas moyens ; fait important que « j'ai établi par un grand nombre d'expériences sur des cadavres. « Il est, en effet, facile de s'apercevoir que lorsque le corps repose « sur la poitrine, cette cavité est comprimée par une force qui équi- « vaut *au poids du sujet*, d'où arrive l'expiration ; et que, lorsqu'il « est tourné sur le côté et un peu au delà, cette force est enlevée, « d'où inspiration à son tour, la glotte restant toujours libre. »

La quatrième règle posée par M. Marshall-Hall consiste à bien saisir avec les mains et à comprimer chaque membre, afin que le sang des veines soit poussé par un mouvement rapide et énergique vers le cœur.

Ces moyens ne doivent être mis en usage qu'après avoir rempli deux règles premières, qui sont de placer le malade sur la face, un de ses bras ramené sous le front pour le soutenir, afin de faciliter la sortie par la bouche de l'eau, des mucosités, de la salive, des matières venant de l'estomac, la désobstruction de la glotte ; et, en second lieu, d'exciter la respiration par la stimulation de la muqueuse nasale, de la luette, les aspersions d'eau froide.

Ce traitement se rapproche beaucoup de celui que nous conseillons

contre l'asphyxie, que nous employons contre le sclérème. A part les moyens compris dans les deux premières règles, et dont l'indication n'existe pas dans tous les genres d'asphyxie; ceux qui sont compris dans la troisième et la quatrième règle ont pour but de solliciter les actes respiratoires et circulatoires par des mouvements artificiels et des pressions sur les membres.

Je ne sais si la position prescrite par M. Marshall-Hall et la compression du dos, employées pour favoriser l'expiration, atteignent plus sûrement le but que les pressions latérales, à l'aide desquelles on affaisse les côtes dans leur direction normale, et les pressions épigastriques, qui refoulent le diaphragme en haut; mais il paraît évident que, dans le décubitus sur la partie antérieure du tronc, les côtes sont immobilisées; que la pression exercée alors d'arrière en avant rapproche leurs extrémités, sans abaisser leur partie moyenne; que la diminution de la capacité thoracique résulte uniquement du rapprochement des parois antérieure et postérieure; que, pour faciliter le redressement des côtes, il faut replacer le corps sur le côté, et même un peu au delà; que, même dans cette position, l'expansion thoracique ne doit être complétement libre que du côté opposé à celui sur lequel le corps repose. Il y a des inconvénients et des obstacles à la facile expansion de la cage thoracique.

Il faut noter d'ailleurs que la pression d'arrière en avant sur la poitrine n'ayant déterminé qu'un mouvement de flexion des côtés, l'expansion qui suit la pression équivaut seulement au mouvement de redressement, et ne peut être comparée à celle qui succède à l'abaissement des côtés, qui imite artificiellement l'expiration normale.

Je ne puis laisser passer une erreur dans laquelle me semble être tombé l'auteur de la communication; il admet, en effet, que, le corps reposant sur la poitrine, cette cavité est comprimée par une force qui équivaut au poids du sujet, d'où arrive l'expiration. Il est manifeste que la paroi antérieure de la poitrine ne supporte que le poids de la paroi postérieure; le poids du reste du corps étant réparti entre les autres points sur lesquels il repose, il paraît donc qu'une pression assez énergique, et qui peut n'être pas innocente, est nécessaire pour chasser un litre d'air de la poitrine.

Après avoir désobstrué, s'il y a lieu, la bouche et la gorge, n'est-il pas plus rationnel de coucher l'asphyxié sur le dos, position qui laisse aux côtés toute leur liberté de mouvement?

La facilité avec laquelle on affaisse les parois latérales de la poitrine, la région épigastrique, et cela par un mouvement analogue à celui de l'expiration, doit faire préférer ce mode d'action au précé-

dent. Quand cesse la pression, on fait arriver l'air dans la poitrine par une expansion normale et sans danger d'attrition pour les poumons et le cœur.

Dans sa quatrième règle, M. Marshall-Hall conseille des pressions sur les membres, dans le but de favoriser le retour du sang vers le cœur. Ces pressions ne sont qu'un diminutif du massage et des mouvements gymnastiques que nous employons dans le sclérème. S'il y avait intérêt à appeler du sang au cœur, comme dans la syncope, on pourrait joindre au massage l'élévation des membres. Mais il y a des cas nombreux d'asphyxie où l'on doit détourner le sang accumulé dans le cœur et les poumons, et même en extraire par la saignée. La règle ne peut passer sans exception.

En résumé, les moyens conseillés par M. Marshall-Hall sont contestables dans plusieurs points, insuffisants dans d'autres; et nous sommes fondé à proposer, avec quelques réserves, comme préférable contre l'asphyxie en général, le traitement qui nous fait rarement défaut dans le sclérème.

J'avais l'intention de terminer ce travail par quelques observations justificatives; mais comme elles ne seraient que la répétition des principes généraux qu'il renferme, j'ai cru cette publication superflue, aujourd'hui surtout que les cas de guérison se sont multipliés dans mon service au point de devenir une règle, et l'insuccès l'exception. Toutefois je ne parle que de mon service, où les enfants sont placés sous le rapport de l'allaitement, de la calorification, des soins de changement, dans les conditions les plus favorables, et où nous saisissons le sclérème le plus près possible de son début; ce qui n'est pas cependant une condition essentielle pour la guérison, car des sclérèmes avancés et presque généralisés ont cédé au traitement comme la maladie débutante. On conçoit néanmoins que les chances de succès soient en raison directe de la promptitude apportée dans l'application des moyens curatifs.

Les difficultés de la guérison puisent leur source dans l'encombrement, l'insuffisance des moyens calorigènes, l'inertie dans laquelle sont laissés les enfants pendant des heures entières, et le défaut d'allaitement naturel. C'est ce qui rendra toujours la guérison du sclérème très-difficile dans les hospices consacrés aux enfants abandonnés; à moins que l'on ne parvienne à y instituer, au moins pour les scléréмeux, un système de soins, de calorification et d'allaitement tel qu'il existe dans la salle Saint-Pierre, et probablement dans d'autres services d'hôpitaux assez restreints pour éviter sous tous les rapports les inconvénients de l'encombrement.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

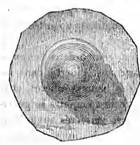
Traitement de la hernie ombilicale par l'application d'une petite pelote en caoutchouc de forme particulière.

Par M. Demarquay, chirurgien des hôpitaux.

Il n'est pas de chirurgiens ou de médecins-accoucheurs qui ne soient souvent consultés pour des enfants à la mamelle, affectés de hernies ombilicales. Le plus souvent, il est facile de remédier à ce léger accident. Les moyens le plus généralement conseillés réussissent à merveille : cependant des difficultés peuvent survenir, et le chirurgien est obligé de recourir à d'autres moyens que ceux qui sont généralement mis en usage. En effet, l'année dernière et cette année, il m'a été donné de voir plusieurs enfants qui avaient été soignés *sans succès* par des praticiens très-éclairés : les appareils destinés à soutenir la petite hernie se dérangeaient facilement, les enfants pleuraient, s'agitaient, et les familles se tourmentaient beaucoup.

Dans les cas auxquels je fais allusion, il s'agissait d'enfants fort bien constitués et ayant de toutes petites hernies, facilement contenues par la pulpe de l'indicateur. Aussi quand ces malheureux enfants poussaient des cris, les nourrices les calmaient facilement en enlevant le bandage et en faisant rentrer la petite hernie ombilicale. Les bandages ombilicaux qui leur avaient été appliqués étaient bien conçus et avaient été faits par des bandagistes habiles. J'appliquai à mon tour sur les enfants la boulette en cire, préconisée par M. Moreau, ou les petites pelotes en caoutchouc artificiel, si souvent employées par M. Guersant. Le collodion, dont je m'étais servi dans un cas, ne fut pas plus avantageux. Je finissais par partager l'inquiétude des familles, un jour surtout où je fus appelé près d'un de ces enfants que je trouvai vomissant et en proie à une agitation extrême. Ces moyens, en effet, avaient un grand défaut, ils ne pénétraient point dans le canal ombilical, et ne s'opposaient point à la sortie de la hernie.





C'est alors que j'eus l'idée de demander à M. Gariel un petit appareil dont je donne ici le dessin. Ce petit appareil est en caoutchouc vulcanisé, très-finement construit et rempli d'air ; il a la

forme d'un mamelon avec l'auréole ; il est très-souple, très-doux et s'applique avec une grande facilité. On le maintient en place avec une bandelette de diachylon de deux travers de doigt de large et assez longue pour faire le tour du corps de l'enfant. Son application se fait par la nourrice ou par la mère. Cette petite pelote est d'abord collée par sa grande surface à la bandelette de diachylon. L'enfant étendu par les genoux de sa nourrice, on procède à la réduction de la hernie et l'extrémité mousse de la petite pelote remplace la pulpe du doigt. On fixe immédiatement le diachylon autour du corps de l'enfant, et tout est fini.

Il suffit d'avoir plusieurs de ces petites pelotes pour prévenir tout accident. Lorsque l'enfant est baigné le matin ou le soir, la nourrice, au sortir du bain, enlève le petit appareil et le remplace par un autre. Ce moyen bien simple m'a permis de guérir trois enfants de petites hernies ombilicales qui m'inquiétaient. Plusieurs médecins ont suivi mon exemple et s'en sont bien trouvés. Je n'attache point à ce mode de traitement plus d'importance qu'il n'en a ; mais, en fait de pratique chirurgicale, rien ne doit être négligé. J'ai fait construire de ces petites pelotes de grandeur variable ; dans certains cas où j'avais, en même temps qu'une hernie ombilicale, un écartement de la ligne blanche, j'employais une bandelette de diachylon plus large. Les premières fois que je fis l'application de ce petit appareil, je craignais que la peau ne fût irritée par le diachylon : aucune inflammation n'est survenue. Je dois dire en terminant, que l'eau du bain dans lequel les enfants sont plongés n'altère point le petit appareil ; on le fait sécher et on le réapplique ensuite.

De la version du fœtus par manœuvres externes.

Cette opération obstétricale, qui paraît avoir eu depuis près d'un demi-siècle les plus heureux résultats entre les mains des accoucheurs allemands, est à peine citée dans les traités d'accouchements des auteurs français. Depuis un grand nombre d'années cependant, M. le professeur Stoltz, de Strasbourg, dans ses savantes leçons, range la version par manœuvres externes au nombre des opérations obstétricales, et cite à l'appui des observations tirées de sa pratique. Nous empruntons les détails suivants sur le sujet qui nous occupe à l'excellente thèse de M. le docteur Belin [1], et pensons que nos lecteurs nous sauront gré de leur faire connaître une manœuvre opératoire qui mérite à plus d'un titre de fixer leur attention.

---

[1] Thèses de Strasbourg, 1855, nº 365.

Historique. — Jusqu'au seizième siècle, les auteurs ne font pas mention de la version par manœuvres externes. Jacob Rueff le premier, en 1554, indique nettement la position que l'on doit faire prendre à la femme pendant le travail et les manipulations à exercer sur son ventre pour modifier une présentation anormale du fœtus.

Au commencement de ce siècle, un accoucheur de Hambourg, Wigand, fit revivre l'opération de la version par manœuvres externes, et eut la gloire d'y attacher son nom, car elle est généralement connue aujourd'hui sous le nom de *méthode de Wigand*. Ses premières publications sur ce sujet remontent à 1807 ([1]). Depuis lors les accoucheurs allemands ont fait passer cette opération dans le domaine de la pratique, en même temps qu'ils lui consacraient des chapitres spéciaux dans leurs traités dogmatiques. Ainsi d'Outrepont, Ritgen, Siebold, Kilian, Hüter, Ed. Martin, ont tous traité le sujet qui nous occupe et ont presque tous relaté des faits importants démontrant toutes les ressources que l'on peut trouver dans cette nouvelle manœuvre.

En présence de cette unanimité avec laquelle les accoucheurs allemands ont accepté et popularisé la méthode de Wigand, il est curieux de constater que les excellents traités d'obstétrique publiés en France n'en font aucune mention ou se contentent de l'indiquer. Il parut cependant, il y a quelques mois, à Paris, un ouvrage de M. le docteur Mattei, de Bastia, ayant pour titre : Essai sur l'accouchement physiologique; l'auteur de cet écrit pose en principe que toute position du fœtus doit être ramenée à une présentation de la tête, ce qui, d'après lui, doit toujours être fait par des manipulations externes. Les idées de M. Mattei sur ce sujet sont mises en relief dans deux chapitres intitulés : *De la réduction céphalique* et *De la version céphalique*.

Cette distinction entre la réduction et la version n'est, du reste, pas neuve, car depuis bien des années M. Stoltz professe qu'il faut entendre par *réduction* l'opération par laquelle on transforme la présentation ou la position d'une des extrémités du fœtus en une plus normale et plus favorable à l'accouchement spontané, tandis que le nom de *version* doit être appliqué à la manœuvre par laquelle un changement total est opéré dans la situation du fœtus.

Avantages de la version par manœuvres externes. — Cette opération, comme le disent M. Ed. Martin et la plupart des accoucheurs allemands, donne des résultats plus satisfaisants que toute autre méthode ; d'Ontrepont cite plusieurs applications heureuses de cette nouvelle méthode, entre autres le cas d'une femme chez laquelle on

---

([1]) Hamburg. Magaz. für die Geburtshilfe, t. I, p. 38.

avait fait la version sur les pieds dans sept accouchements antérieurs et chez laquelle on avait amené chaque fois un enfant mort ; la huitième fois, par la méthode de Wigand, d'Outrepont eut la sasatisfaction d'obtenir un résultat heureux pour la mère et pour l'enfant.

Mende, Ritgen, Michaelis, Bunsen, Elliot de Stockholm, Busch, Hoogeweg et d'autres ont tous obtenu des résultats très-favorables. Ed. Martin, en particulier, rapporte sept observations qui se terminent heureusement pour la mère et pour l'enfant. La thèse de M. Belin contient cinq observations qui prouvent les beaux résultats obtenus par M. le professeur Stoltz, par la méthode de Wigand. Si nous devions formuler notre opinion sur les avantages de la nouvelle méthode, nous dirions simplement que par son emploi la mère est toujours sauvée, et l'enfant presque toujours, tandis qu'il ressort de plusieurs statistiques, faites tant à Kiel par Michaelis, qu'en Wurtemberg par Riecke, et à Paris par Mme Lachapelle, que la version par manœuvres internes donne 1 décès de la mère sur 10 versions, et 1 décès de l'enfant sur 2. Ces chiffres parlent assez haut pour que nous n'ayons pas à insister plus longtemps sur les avantages réels qu'offre la nouvelle méthode. On pourrait d'ailleurs toujours dans un cas de présentation transversale, avant d'en venir à une opération qualifiée par Mme Lachapelle de douloureuse et de dangereuse, essayer de modifier la présentation par une manœuvre qui, suivant MM. Désormeaux et Paul Dubois, ne peut avoir d'autre inconvénient que de ne pas réussir, et qui, si elle échoue, n'ajoute point aux difficultés des manœuvres auxquelles on devra recourir pour terminer l'accouchement.

Disons encore que la nouvelle méthode ménage la sensibilité et la pudeur des femmes et leur évite bien des angoisses.

Quels sont donc les motifs qui jusqu'à présent ont empêché l'extension et la généralisation d'une méthode qui présente des avantages réels et donne des résultats si heureux? C'est d'abord qu'en général l'accoucheur est appelé *trop tard* pour pouvoir la mettre en pratique; c'est-à-dire quand déjà les eaux se sont écoulées depuis un certain temps, ou bien quand il y a procidence d'un bras ou du cordon, ou une hémorrhagie, toutes choses qui, comme nous allons le voir, sont autant de contre-indications à l'emploi de la nouvelle méthode. Un accoucheur prévoyant devra donc insister auprès de ses clientes sur l'importance que peut avoir une exploration minutieuse dans les derniers temps de la grossesse, et dans le cas où il reconnaîtrait une position vicieuse, il devra recommander qu'on l'ap-

pelle dès l'apparition des premières douleurs, afin de ne pas laisser échapper le moment favorable pour pratiquer cette opération. Il serait aussi très-utile que les sages-femmes apprissent à reconnaître les positions vicieuses du fœtus par l'exploration externe.

En second lieu, cette opération présuppose une certaine habileté dans l'exploration abdominale, afin de pouvoir s'assurer exactement de la position de chaque partie fœtale, et agir sur elles d'après les règles si bien établies par Wigand, et au moyen desquelles il est facile de modifier une présentation vicieuse, quand du reste les circonstances s'y prêtent.

Enfin, comme le dit Wigand, c'est quelquefois par amour-propre qu'on préfère avoir recours à la version par manœuvres internes qui, quand elle est heureuse, procure à l'accoucheur plus de gloire et de profit que l'opération si simple en apparence de la version par manœuvres externes.

Indications et contre-indications. — Comme la version par manœuvres internes, la version par manœuvres externes n'est indiquée que pour transformer une présentation mauvaise ou anormale du fœtus en une bonne ou normale.

Les conditions favorables à son heureuse exécution sont d'abord une *bonne conformation du bassin*, des dimensions suffisantes des diamètres; car à quoi servirait d'avoir modifié une présentation anormale, si l'on devait se trouver arrêté par de nouveaux obstacles.

Il faut autant que possible que les contractions utérines soient *régulières*; on sait cependant que cela se rencontre rarement dans le cas de présentation vicieuse. Il se peut aussi que des contractions partielles de la matrice opèrent un changement favorable dans la position du fœtus, et produisent certaines versions et évolutions spontanées. Ce fait a été apprécié dans la thèse de M. Herrgott. Souvent, d'ailleurs, des moyens pharmaceutiques tels que l'opium, le chloroforme, le seigle ergoté, dans d'autres cas la saignée, peuvent faire justice de cette irrégularité des contractions et ramener des contractions franches et régulières.

Des parois abdominales peu épaisses, peu de sensibilité de l'utérus sont encore des conditions qui facilitent la version par manœuvres externes, surtout en rendant plus aisée l'exploration du ventre et l'appréciation de la position exacte du fœtus.

Enfin, il faut encore, et c'est là un point essentiel, que *le fœtus soit mobile*, et qu'il y ait une suffisante quantité d'eaux de l'amnios.

Si maintenant nous examinons quelles peuvent être les *contre-indications* à la version par manœuvres externes, nous rangerons

dans ce nombre toutes les circonstances qui nécessitent pour la mère une prompte terminaison de l'accouchement; ainsi, l'hémorrhagie utérine, l'éclampsie, la rupture de l'utérus, la faiblesse; du côté du fœtus, ce sera la procidence du cordon, quand elle ne pourra être réduite, ce seront encore les difformités du fœtus par excès de volume, etc...

Pour Wigand et Rosshirt, la grossesse gémellaire constitue encore une contre-indication formelle; cet avis n'est point partagé par Martin.

Temps opportun pour l'opération et manuel opératoire. — La version par manœuvres externes ne doit jamais être entreprise avant le commencement du travail; pendant le travail, il faudra autant que possible le faire avant l'écoulement des eaux ou peu après la rupture de la poche; mais si l'on n'arrive que quand déjà les eaux sont écoulées depuis quelque temps, il ne faudra entreprendre cette opération qu'avec beaucoup de circonspection, afin de ne pas perdre un temps qui serait précieux pour une autre manœuvre.

La question de savoir si l'on doit opérer pendant les douleurs ou dans leur intervalle n'est pas encore irrévocablement résolue.

Quelle est l'extrémité fœtale qu'on doit faire descendre? — Quoique le pronostic des présentations de l'extrémité pelvienne soit en général plus grave que celui des présentations céphaliques, ce n'est pas une raison pour rejeter d'une manière absolue la version pelvienne. En effet, si dans une présentation oblique le pelvis se trouve le plus rapproché de l'axe du détroit supérieur, et peut sans beaucoup de peine être poussé dans la direction de l'axe du bassin, pourquoi s'imposerait-on un travail long et difficile pour ramener la tête du fœtus? Mieux vaudra alors faire la réduction et suivre le précepte de Wigand, qui admet que l'*on doit toujours faire descendre la partie du fœtus qui se trouve le plus rapprochée du petit bassin.* Cette opinion n'est cependant pas partagée par tous les accoucheurs. Presque tous ceux que nous avons cités pensent que la version par manœuvres externes doit toujours avoir pour but de ramener la tête en bas. Cependant, MM. Kilian, Martin, Scanzoni, Stoltz, adoptant les idées de Wigand, admettent que selon les cas l'on doit faire la version sur la tête ou sur le siége. Dans le cas de présentation franchement oblique ou *transversale*, dit Wigand, l'on doit toujours faire la version pelvienne. Cette assertion nous paraît trop absolue, et nous pensons que quand les circonstances sont favorables, le fœtus petit et mobile, l'orifice dilaté, la poche des eaux intacte, ce sera la tête qu'il faudra abaisser de préférence,

car on donnera ainsi au fœtus une chance de plus de venir vivant au monde.

Le *manuel opératoire* de la version par manœuvres externes est des plus simples et comprend deux circonstances importantes, la *position à donner à la femme*, et les *frictions ou pressions légères* à exercer sur le ventre de la femme.

S'agit-il seulement de modifier la présentation vicieuse du fœtus par la position de la femme, il faut la faire coucher sur le côté dans lequel se trouve la partie que l'on veut faire descendre. Ainsi, la tête étant à gauche, c'est le décubitus latéral gauche que l'on prescrira à la femme. Mais pour que le ventre trouve un point d'appui solide, on placera dessous un coussin épais et dur, ou un drap plié en plusieurs doubles, contre lequel la femme devra s'appuyer fortement, en s'aidant de ses mains. Quand la femme sera fatiguée de cette position, elle pourra, *entre deux contractions*, se coucher un moment sur le dos.

S'il y a inclinaison antérieure de la matrice, ou si la tête se trouve juste au-dessus de la crête pubienne, c'est au décubitus dorsal qu'il faudra avoir recours, en ayant soin que le bassin soit plus élevé que le tronc ; en même temps, la femme ou des aides soutiendront le ventre avec une large ceinture ou cravate, afin de placer l'axe de la matrice dans l'axe du bassin.

Quand l'accoucheur jugera convenable de recourir aux pressions sur l'abdomen, il devra se placer à droite du lit. Il appliquera sa main droite sur la tête du fœtus et tâchera de la faire descendre, tandis qu'il fera remonter le siége en pressant dessus avec la main gauche ; il agira donc de haut en bas avec la main droite, et de bas en haut avec la main gauche. S'il veut faire descendre le siége, il appliquera la main droite sur le siége et la main gauche sur la tête. Il commencera par de légères frictions sur les deux extrémités du fœtus, en agissant toujours en sens inverse avec ses deux mains, et en tâchant d'opérer des deux mains en un seul et même temps. Il n'est pas besoin d'opérer d'une manière non interrompue, pourvu que pendant les rémissions on ait soin de faire soutenir le ventre. Quand des frictions légères ne suffisent pas, on emploie des forces de plus en plus grandes, sans cependant causer de douleurs.

Quand le siége ou la tête se sera engagé dans le détroit supérieur, quand l'axe du fœtus se trouvera dans la direction de celui du bassin ou parallèle à lui, en un mot quand la position sera franche et normale, l'accoucheur rompra ou fera rompre la poche. Alors, par suite de l'écoulement des eaux, les parois de la matrice se con-

tracteront sur le fœtus, et le fixeront d'une manière définitive dans sa nouvelle position, et le reste de l'accouchement pourra le plus souvent être abandonné à la nature, sinon les indications à remplir sont les mêmes que dans les positions normales spontanées.

Il est impossible de fixer même approximativement la *durée* de l'opération que nous venons de décrire. Tout dépend du concours si nécessaire de tant de circonstances diverses, qu'il faut abandonner à la sagacité de chaque accoucheur l'appréciation du temps qu'il devra consacrer à cette opération dans chaque cas spécial.

Comme fait à l'appui des heureux résulats que peut fournir la méthode de Wigand, nous terminerons cette longue analyse de l'intéressant travail de M. le docteur Belin, en reproduisant une des observations qu'a bien voulu lui communiquer son habile maître, M. le professeur Stoltz.

Obs. Mme de T..., âgée de vingt-huit ans, mère de deux enfants, dont le second est mort à l'âge de dix-huit mois, avait été accouchée les deux fois au moyen du forceps, pour cause d'inertie de la matrice.

Cette dame, d'une blancheur éclatante et de tempérament très-lymphatique, est petite de taille, mais, du reste, bien proportionnée. Les deux grossesses ont été très-heureuses et se sont passées sans la moindre incommodité. Les douleurs de l'accouchement ont été presque nulles. Les eaux se sont chaque fois écoulées au début du travail, et celui-ci s'est pour ainsi dire arrêté, à peine la tête avait-elle pénétré dans le bassin. Les enfants ont été saisis par le moyen du forceps, et extraits sans grande peine, vivants tous les deux. La puerpéralité s'est passée sans le moindre incident à noter, si ce n'est que dans la seconde couche il n'y a pas eu une seule tranchée.

Pour remédier à cet état d'inertie utérine, on avait conseillé à Mme de T... les bains fortifiants. Pendant l'été de 1847, elle prit d'abord des bains de lac, puis, elle se rendit à Ostende, où elle fit usage pendant six semaines de bains de mer. Elle devint enceinte à la fin de février 1848.

Le début de la grossesse fut marqué par des phénomènes sympathiques : malaises, maux de cœur, etc..., ce qui n'était pas arrivé les deux premières fois. Dans le quatrième et le cinquième mois, il y eut quelques douleurs abdominales, des coliques, qui pouvaient être attribuées à des constipations opiniâtres et à des fatigues. Plus tard, sa santé ne laissa rien à désirer. Elle prit tous les deux jours un bain salé, qu'elle supporta très-bien et s'en trouva fortifiée.

Mme de T... comptait accoucher à la fin de novembre; mais étant déjà très-grosse dès les premiers mois, elle pensait accoucher plus tôt. Vers le milieu du mois, elle commença à sentir de temps à autre des maux de reins, qu'elle considérait comme des avant-coureurs de sa délivrance; néanmoins, le travail ne se déclara définitivement que le 30 au soir, et débuta, comme les précédents, par un écoulement d'eau. Je vis la patiente à huit heures du soir; elle était étendue sur un canapé, disant que ce qu'elle souffrait était insignifiant, qu'elle m'avait fait appeler parce qu'elle perdait un peu d'eau, mais que probablement elle n'accoucherait pas encore. L'exploration du ventre me fit reconnaître que la matrice était fortement distendue, surtout en largeur. En pratiquant le toucher debout, je fus étonné de trouver le col complétement effacé, l'orifice au centre et dilaté de trois centimètres au moins. Le segment inférieur était mince et assez bombé, mais je ne pus rencontrer aucune partie du fœtus, même en poussant le doigt très-haut le long de la symphyse pubienne. En faisant cette dernière manœuvre, ma main et le parquet furent inondés d'eau.

Je fis reprendre immédiatement la position horizontale à la patiente et la fis transporter bientôt sur le lit de travail.

L'impossibilité de découvrir une partie du fœtus à travers le segment inférieur, le développement de l'utérus en largeur, l'écoulement prématuré d'eau étaient des signes probables d'une *présentation anormale du fœtus*. Comme il n'y avait pas de contractions, je restai dans l'expectation, espérant qu'à mesure que la quantité des eaux de l'amnios diminuerait la partie du fœtus placée vis-à-vis de l'orifice deviendrait accessible et reconnaissable.

A dix heures, je retournai auprès de Mme de T..., que j'avais quittée depuis une heure et demie environ. Dans cet intervalle, il y avait eu quelques contractions, et il s'était écoulé de l'eau presque sans interruption; aussi je trouvai la matrice moins distendue, et je pus distinguer à travers ses parois les deux extrémités de l'ovoïde fœtal; *la plus petite* ou *la tête en bas et à droite sur la fosse iliaque, proéminent au-dessus de l'aine; l'autre les fesses, en haut et à gauche sous l'hypochondre*. Ceci m'expliqua pourquoi par le vagin je n'avais pu découvrir aucune partie du fœtus. J'essayai d'imprimer des mouvements de totalité à l'enfant, en agissant sur les deux extrémités avec mes deux mains, et je reconnus qu'il était encore bien mobile. A chaque mouvement que je communiquais au corps, il partait un peu d'eau. J'eus alors l'idée d'opérer la version par manœuvres externes, et de faire arriver la tête sur le détroit supérieur.

La patiente étant dans le décubitus dorsal, j'appliquai mes deux mains sur les extrémités fœtales comme sur celles d'un levier que je voulusse redresser, et en même temps que je refoulais de la main droite la tête en arrière et en bas, de la gauche je soulevai les fesses afin de les faire passer dans le milieu du fond de l'utérus. Puis, je fis prendre à Mme de T... *le décubitus latéral droit*, de manière à exercer une compression continue sur la région primitivement occupée par la tête, et faire tomber les fesses du même côté. Cette position fut gardée par la patiente jusqu'à deux heures du matin (environ quatre heures).

Pendant ce temps les eaux ont continué de couler, à chaque douleur surtout. Celles-ci étaient pendant longtemps faibles et n'empêchaient pas Mme de T... de dormir. Peu à peu elles devinrent assez fortes et fréquentes pour attirer mon attention. A deux heures, je trouvai le ventre plus proéminent; en touchant par le vagin, je fus agréablement surpris. *La tête se trouvait au détroit supérieur, fortement et solidement engagée* en position occipito-postérieure droite. La présentation était donc avantageusement modifiée, *la version était complète.*

Je conseillai à Mme de T... de reprendre le décubitus latéral droit et de supporter les douleurs avec patience. Celles-ci ne firent pas défaut; elles reparurent fortes et régulières. La patiente était étonnée de ses sensations, parce qu'elle ne les avait pas éprouvées dans ses accouchements antérieurs.

A trois heures, la tête était dans l'excavation, et à chaque contraction, elle tournait pour se placer insensiblement en occipito-antérieure. Le travail ne marchant pas assez vite au gré de la patiente, elle demanda à être délivrée par le forceps, comme dans ses couches précédentes; je n'obtempérai pas à ce désir, parce que je voyais tout marcher régulièrement.

A trois heures et demie, la conversion de la tête était achevée, les douleurs prirent un caractère franchement expulsif. Je fis alors coucher la patiente sur le côté gauche, dans la position dite anglaise. A quatre heures, la tête est expulsée; les épaules et le tronc ne tardèrent pas à suivre. Une assez grande quantité d'eau de l'amnios accompagna le tronc.

Il était né une fille forte, bien portante, et qui jeta aussitôt des cris perçants, ce qui réjouit d'autant plus la mère, qu'à la suite de ses deux autres accouchements, elle n'avait rien entendu de semblable, ses enfants se trouvant dans un état de mort apparente.

La délivrance put être opérée une demi-heure après, sans la moin-

dre difficulté. Il n'y eut *aucun* accident pendant les couches; la mère et l'enfant se portèrent bien. D[r] L. Gros.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'administration du chlorate de potasse en pilules.

L'expérimentation thérapeutique du chlorate de potasse, qui se poursuit avec tant de zèle, a suggéré à un des internes en pharmacie de nos hôpitaux l'idée de conseiller l'administration de ce sel sous forme pilulaire. Voici sa formule :

Chlorate de potasse..................	30 grammes.
Poudre de guimauve................	2 grammes.
Sirop..............................	Q. S.

Mêlez et divisez en 60 bols.

Le chlorate de potasse jouissant d'une action topique efficace, la forme adoptée pour son administration dans les maladies de la bouche, celle des potions, est préférable. Les pilules pourraient être mises en usage, alors seulement que dans le cours d'un traitement mercuriel on tenterait de prévenir la production de la salivation chez les malades très-impressionnables aux préparations hydrargyriques. (Voir page 180.)

Manière de réduire le phosphore en poudre.

Quelquefois on a besoin de petites doses de phosphore. Pour l'obtenir bien divisé, il faut, suivant M. Greiner, procéder de la manière suivante : on prend du phosphore que l'on met dans une fiole à moitié remplie d'alcool; l'on fait chauffer le mélange en plaçant la fiole dans l'eau chaude qui sert de bain-marie, ce qui est l'affaire de quelques instants. Quand le phosphore est fondu, on retire le vase du bain chaud et on secoue jusqu'à refroidissement. On fait écouler l'alcool, que l'on remplace par de l'éther qui sert de lavage, puis on prend les doses voulues pour servir aux préparations.

Pilules contre le hoquet convulsif.

Dans le traitement des affections convulsives, pour obtenir tous les effets thérapeutiques de la belladone, il faut, suivant M. Debreyne, savoir élever les doses, même lorsqu'on lui associe un autre agent médicamenteux. Voici sa formule contre le hoquet convulsif :

Extrait de belladone....................	2 grammes.
Camphre..............................	15 grammes.

F. S. A. 60 pilules.

Le premier jour, 2 pilules, une le matin, l'autre le soir. Le second jour, 3 pilules, une le matin, la seconde à midi, la dernière le soir. On augmente jusqu'à 6 pilules en trois fois dans les vingt-quatre heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la hernie de l'épiploon, comme accident de la paracentèse abdominale.

J'ai publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* [1], il y a six ans, l'observation d'une femme affectée d'ascite par cirrhose du foie, sur laquelle j'avais pratiqué deux fois la paracentèse à l'ombilic, au moyen de la lancette et sans aucun accident, lorsque, devenue nécessaire une troisième fois, l'opération, pratiquée de la même manière, fut suivie, après l'écoulement de la sérosité, de l'issue d'une portion de l'épiploon gastro-colique. La tumeur épiploïque, du volume d'une grosse olive, étant irréductible, je me décidai à en faire l'excision.

Peu de jours après, le ventre ayant repris du volume par le renouvellement de l'ascite, l'épiploon adhérent à l'ombilic éprouva une distension qui, probablement, fut la cause des accidents de péritonite qui survinrent et qui enlevèrent la malade neuf jours après l'opération.

A l'autopsie nous trouvâmes, en effet, une traînée de pus concret étendu en fausse membrane et qui, partant de l'ombilic, s'épandait sur la toile épiploïque distendue entre l'ombilic et l'estomac.

Ce fait était sans analogues dans les archives de la science, car tous les auteurs proclament la ponction ombilicale comme une opération innocente et conseillent de la pratiquer avec la lancette, les téguments amincis n'offrant pas une résistance suffisante à l'action du trocart. Cette curieuse observation ne fut cependant pas reproduite par les autres journaux, bien qu'elle comportât un grave enseignement. Nous avons lieu de croire, néanmoins, qu'elle n'a pas été complétement perdue, car M. le docteur Bouchut publiait naguère un cas d'ascite opérée par l'ombilic; mais, au lieu d'employer la lancette, usitée jusqu'à ce jour, il s'est servi du *trocart explo-*

[1] De la ponction ombilicale dans l'ascite, accident non prévu par les auteurs (hernie de l'épiploon). *Bulletin de Thérap.*, t. XXXVIII, p. 481 (1850).

rateur, dont la finesse met à l'abri de l'accident que j'avais signalé [1].

Au demeurant, on conçoit la facilité de cette procidence de l'épiploon à travers l'ouverture des parois si minces de l'ombilic distendu par la sérosité et placé précisément au-devant du bord flottant de l'épiploon, et j'ai lieu de soupçonner que cet accident a dû se produire quelquefois, malgré le silence des auteurs à cet égard. Mais il n'en est plus de même de la paracentèse pratiquée dans le flanc, au moyen du trocart. Ici la petitesse de l'ouverture et l'épaisseur des parois abdominales semblent rendre impossible l'issue de l'épiploon, et pourtant nous venons de l'observer. Voici le fait, remarquable à plus d'un titre :

Obs. *Cachexie paludéenne, anasarque, albuminurie, ascite gélatineuse, paracentèse latérale sèche, hernie de l'épiploon, dyssenterie, pneumonie, apoplexie séreuse, mort, autopsie.* (Recueillie par M. Grenet, aide de clinique.) Un enfant de sept ans, de constitution lymphatique, est apporté de la colonie d'Oswald à la Clinique, le 8 avril 1856. Méticuleux et borné, cet enfant se prête difficilement à l'examen. Cependant nous apprenons qu'il a eu longtemps la fièvre intermittente, qu'il est infiltré depuis deux mois et alité depuis quelques jours; nous constatons une anasarque très-prononcée surtout aux extrémités inférieures et au scrotum; plus une ascite très-volumineuse, avec amincissement des parois abdominales, développement des veines sous-tégumentaires, fluctuation et matité déclive, ne laissant aucun doute sur l'existence d'un épanchement abondant. Urines assez copieuses, peu foncées, précipitant abondamment par l'acide nitrique (albuminurie). Selles liquides, fréquentes, contenant parfois du mucus sanguinolent (dyssenterie), toux légère, point de crachats. Résonnance obscure, quelques râles sous-crépitants au sommet du poumon droit. Pouls petit à 90, point de chaleur à la peau.

Ainsi : cachexie paludéenne, anasarque, ascite, albuminurie, dyssenterie, suspicion de tubercules; tel est le diagnostic. Nous rattachons l'œdème à l'albuminurie plutôt qu'à la cachexie paludéenne. Cependant le volume du ventre nous fait craindre quelque obstruction viscérale dissimulée par l'épanchement. Dans le but de nous éclairer sur ce point et pour favoriser le retrait des parois abdominales amincies et relâchées par l'extrême distension, bien qu'il n'y eût pas de dyspnée considérable, nous nous décidons à pratiquer la paracentèse.

Le 11 avril, un trocart de moyen volume (4 millimètres d'orifice) est plongé au milieu de l'espace compris entre l'épine iliaque antérieure et l'angle des fausses côtes, dans le flanc gauche, au-dessous du niveau de la matité. Le poinçon retiré, il ne s'écoule que *quelques gouttes de sérosité.* Un stylet mousse est enfoncé dans la canule, nous dirigeons celle-ci dans divers sens, le malade est fortement incliné sur le côté. Point d'écoulement..., nous craignons un instant d'avoir pris une tympanite pour une ascite. Cependant l'épanchement est manifeste. Force nous est de retirer l'instrument. Ce n'est pas tout : après cette ponction *sèche*, l'extraction de la canule est immédiatement suivie de l'apparition d'une petite tumeur rouge, fongueuse, que nous nous empressons de refou-

[1] *Gazette des hôpitaux*, 10 avril 1856.

ler, car nous venons de reconnaître l'épiploon. La tumeur est du volume d'une fève, nous essayons en vain de la réduire avec les doigts, puis avec un stylet mousse. L'histoire de notre ponction ombilicale nous revient en mémoire et, au lieu d'exciser la tumeur, nous nous contentons cette fois de la recouvrir d'un morceau de sparadrap adhésif et de l'abandonner à la fonte suppuratoire.

Cherchant à nous rendre compte de cette série d'accidents, nous n'y trouvons d'abord d'autre explication que l'introduction de cette languette épiploïque dans la canule du trocart, malgré le refoulement par le stylet mousse, languette qui d'abord s'oppose à l'écoulement du liquide, et qui, suivant la voie frayée par le retrait de l'instrument, accompagne celui-ci jusqu'au dehors. J'avoue pourtant que cette interprétation ne me satisfaisait pas complétement, mais ce qui m'affectait le plus, c'était la crainte d'une péritonite provoquée par cette double cause : la ponction et la hernie épiploïque; néanmoins, je considérais finalement comme favorable la non-évacuation de l'épanchement, car au moins n'avais-je pas à redouter ici la distension ultérieure de l'abdomen et le tiraillement de l'épiploon ; tant il est vrai qu'à quelque chose malheur est bon.

Le lendemain, 12 avril, je fus agréablement surpris de trouver le ventre notablement diminué de volume ; une quantité notable de sérosité s'était écoulée en filtrant le long de la mèche épiploïque, et le linge qui en était imprégné offrait la roideur qui résulterait d'une solution desséchée de gomme ou de blanc d'œuf. Cela prouvait du moins que nous n'avions pas ponctionné dans le vide et que nous avions obtenu *à posteriori* le bénéfice de notre opération. Du reste, le ventre était indolent et à travers ses parois relâchées nous ne perçûmes aucune tumeur.

Les jours suivants, état stationnaire, point d'écoulement, mais point d'augmentation de volume, point de douleur de l'abdomen, la péritonite est éludée. La petite tumeur épiploïque, adhérente à l'ouverture, est suppurante, ratatinée, réduite au volume et à la forme d'une tête de clou.

Cependant l'anasarque persiste ainsi que la dyssenterie ; il y a un peu de toux, sans crachats, ni dyspnée, ni fièvre. Bref, l'état paraît stationnaire. Mais voilà que dans la soirée du 17 le petit malade se plaint tout à coup d'une vive céphalalgie avec un peu de délire, et il succombe inopinément dans la nuit, dix jours après son entrée à l'hôpital, sept jours après l'opération.

En apprenant cette nouvelle, nous annonçâmes qu'il avait succombé très-probablement à une apoplexie séreuse.

Pour ne pas interrompre la narration, je n'ai rien dit encore du traitement employé : il fut très-simple et dirigé contre quelques symptômes saillants, car je n'ai jamais espéré guérir ce malade. Contre la dyssenterie : tisane de riz, lavements laudanisés (à 10 gouttes) ; puis sous-nitrate de bismuth (5 grammes en trois doses); puis tisane de riz tenant en solution 5 centigrammes d'opium. Contre la toux : looch diacodé, réglisse. Deux potages pour aliments. Contre la cachexie séreuse, rien que la ponction. J'attendais que le tube digestif rétabli permît l'usage des diurétiques.

Nécroscopie. Dans la cavité crânienne nous trouvons de la sérosité en abondance, infiltrant les méninges. Les ventricules en contiennent peu. Le cerveau est pâle, humide à la coupe, œdématié.

A l'ouverture du thorax, nous découvrons une hépatisation grise du lobe supérieur du poumon droit. Bronchite disséminée. Point de tubercules.

L'abdomen est peu volumineux. A l'incision, il s'en écoule un peu de sérosité; puis les intestins pâles, comme macérés et contractés, nous apparaissent bai-

gnant dans une sérosité comme gélatineuse, prise en masse, transparente, qui imprègne surtout le grand épiploon. Point de vestige de péritonite. Une mèche du grand épiploon, de six à sept centimètres de longueur, se dirige vers le point des parois occupé par la ponction, s'y engage et fait saillie au dehors, sous la forme d'un petit champignon desséché.

Le foie est de teinte grisâtre, la rate est volumineuse, indurée, carnifiée. Les reins sont volumineux, bosselés à la surface; la substance corticale est sensiblement décolorée, tandis que les cônes sont d'un rouge brun.

La muqueuse du gros intestin est généralement rouge, fongueuse, exulcérée en plusieurs points et semée d'îlots de matière pseudo-membraneuse.

Cette autopsie nous révéla plusieurs circonstances intéressantes. D'abord il est évident pour nous que le malade a succombé au raptus de la sérosité vers l'encéphale, car il n'offrait aucun symptôme cérébral quelques heures avant sa mort.

Il est vrai que la pneumonie suppurée a dû concourir pour beaucoup au résultat funeste, mais ce n'est pas elle qui l'a déterminé. Cette pneumonie était latente, ou du moins insidieuse, comme la plupart de celles dites *ultimes*, qui se produisent sourdement dans le cours des maladies chroniques. En effet, point de dyspnée, point de crachats, point de fièvre. Seulement un peu de toux, de matité et de râles sous-crépitants, que nous dûmes rationnellement attribuer à un infractus tuberculeux, qui pourtant n'existait pas.

Ce qu'il y a de plus remarquable encore, c'est cette *sérosité gélatineuse* de l'abdomen qui explique tout naturellement l'insuccès de la ponction. Celle qui s'est écoulée après l'opération provenait de la couche liquide qui recouvrait la partie consistante dans laquelle plongeait le trocart.

Les reins, affectés de maladie de Bright, expliquent suffisamment l'albuminurie et l'anasarque. Enfin la désorganisation de l'intestin prouve la gravité du dernier élément de cette affection si complexe, la dyssenterie. Toutes ces lésions disent assez que toutes les ressources de l'art devaient échouer contre tant d'affections, dont chacune est mortelle par elle-même.

Mais ce qui domine ici, au point de vue de l'intérêt pratique, c'est l'*ascite gélatineuse* et la *hernie épiploïque* par ponction.

Les auteurs qui mentionnent la consistance possible des matières contenues dans les hydropisies enkystées, dans les kystes de l'ovaire, par exemple, gardent à peu près le silence sur cette consistance gélatineuse de la sérosité dans l'ascite simple, et aucun, à ma connaissance, ne signale cette éventualité parmi les causes d'insuccès de la paracentèse.

Quant à la hernie de l'épiploon, elle est, je le crois bien, sans

exemple dans les archives de la science; et, comme je l'ai déjà dit‘ la petitesse de l'ouverture, l'épaisseur des parois abdominales formées de couches diversement contractiles, sembleraient devoir la rendre impossible. Tandis que dans notre fait de hernie épiploïque par ponction ombilicale, le retour de l'ascite a pu favoriser l'invasion de la péritonite; ici l'affaissement ultérieur de l'abdomen, au contraire, a donné lieu à un relâchement favorable et préventif de cette complication.

Ce singulier accident de hernie épiploïque par paracentèse pariétale doit être si rare, que les règles à établir pour s'y opposer seront sans doute inutiles ou du moins négligées; car telle est la destinée des cas rares, c'est-à-dire imprévus, qu'ils sont à peu près perdus pour la pratique, qui oublie presque toujours de les faire entrer en ligne de compte. Néanmoins, le fait étant avéré, notre devoir est de chercher à le prévenir. Notre tâche est d'autant plus facile que la précaution principale à observer constitue déjà un précepte classique, mais institué dans un autre but. Ce précepte consiste à soutenir avec deux doigts l'ouverture de l'abdomen, au moment où l'on retire le trocart; ce que l'on fait on doit le faire uniquement pour empêcher le tiraillement des parois abdominales, et ce qu'on devra faire désormais plus scrupuleusement encore, puisque cette manœuvre aura pour objet bien plus sérieux de fermer l'ouverture en la pinçant entre les doigts, au moment même de la sortie de l'instrument, pour empêcher l'épiploon de s'engager dans la plaie; que si l'ouverture restait béante, il serait prudent de la fermer avec un emplâtre adhésif.

Ce fait prouve une fois de plus qu'en dépit du nombre infini des faits qui passent sous nos yeux, durant une longue carrière, il est vrai de dire que nous vieillissons en apprenant toujours; que les singularités de la nature sont inépuisables, et que le chapitre des malheurs en thérapeutique est éternellement gros de déceptions imprévues.

Professeur Forget.

Observation d'hydrométrie compliquée par la présence de lombrics dans l'utérus.

En lisant, dans la livraison du 30 septembre dernier (*Bulletin de Thérapeutique*), l'intéressant article publié par M. le docteur Henri Anciaux sur les accidents produits par les ascarides lombricoïdes, j'ai été vivement frappé par l'histoire qu'il rapporte d'une femme qui a rendu spontanément par les parties génitales une grande quantité de lombrics. On comprendra facilement l'impres-

sion qu'a dû me causer ce récit, lorsqu'on saura qu'il y a six mois à peine, un fait semblable s'est présenté dans ma pratique. J'avais hésité à publier cette observation, parce que je doutais, malgré les détails si précis de ma cliente, que les lombrics qu'elle avait rendus provinssent réellement des parties génitales. L'article de M. le docteur Anciaux est venu heureusement dissiper mes doutes, et me décider à donner connaissance d'un fait que mes confrères, j'en ai l'espérance, ne liront pas sans quelque intérêt.

La personne qui fait le sujet de cette observation est âgée de cinquante-quatre ans, douée d'un tempérament nervoso-sanguin ; excepté depuis deux ans, elle avait toujours joui d'une excellente santé. La femme J. habite Lamballe ; elle a eu un seul enfant, il y a vingt-trois ans environ ; depuis dix-huit mois seulement, elle a cessé d'être réglée; mais six à huit mois avant, elle avait éprouvé des retards, et ce fut à cette époque que commença le dérangement de sa santé. Dans le courant de février dernier, je fus consulté par la femme J. pour des chaleurs à la tête et un développement considérable du ventre. A la palpation, je trouvai l'utérus volumineux, mais non très-dur; je crus découvrir quelques signes de fluctuation, mais qui, je l'avoue, ne me parurent pas très-évidents. Par le toucher vaginal, je m'assurai que le col de l'utérus était mou et le corps distendu et lourd; par le toucher rectal, je constatai de nouveau l'existence de ces deux derniers signes. Les seins, mais particulièrement le sein gauche, étaient le siége d'un gonflement léger et de picotements assez intenses ; le mamelon gauche offrait fréquemment un degré d'éréthisme assez prononcé. Depuis six mois et demi, époque à laquelle avaient commencé le développement du ventre et les autres accidents, la malade éprouvait des bouffées de chaleur, une perte presque complète de l'appétit et de fréquentes envies de vomir. Le 1er avril dernier, cette femme se trouvait dans un champ, occupée à garder ses vaches, lorsqu'elle fut prise tout à coup de douleurs très-vives, douleurs qu'elle compare à de véritables douleurs d'accouchement. Au bout d'une demi-heure de souffrances, elle fut inondée d'eau ; sentant alors quelque chose dans le vagin, elle y introduisit les doigts et en retira un paquet composé de quinze lombrics de 50 centimètres de longueur à peu près. Ces vers étaient réunis les uns aux autres par un petit filament blanchâtre. Immédiatement après l'expulsion des lombrics, une nouvelle quantité d'eau fut rendue. Le lendemain, notre malade, se trouvant soulagée, vint me raconter ce qui s'était passé et m'apporter les vers, qu'elle me dit *positivement avoir été chercher dans le vagin.* La maladie, que je n'avais fait que soupçonner, devint pour moi très-claire ; évidemment, cette femme était atteinte d'une hydrométrie. Restait la question des lombrics, qui ne laissait pas que de m'inquiéter. Plus je réfléchissais et plus j'étais porté à croire que la femme J. s'était trompée. Je fis part de ces faits au docteur Bédel, mon oncle, vieux praticien de quarante-cinq ans et qu'une clientèle très-étendue a mis à même de beaucoup observer. Il fut comme moi fort surpris de la version de la femme J., et il se montra assez incrédule à l'égard des vers sortis de l'utérus. A ce sujet, il me raconta avoir vu chez deux frères, l'un âgé de onze ans et l'autre de treize, sortir par l'ombilic une douzaine de ces parasites. Un mois séparait la maladie des deux frères.

Le 7 avril, l'utérus commença à se développer de nouveau, et, le 17, jour où je revis la malade, je le trouvai aussi volumineux que la première fois.

Le 20, les douleurs recommencèrent, les mêmes faits se reproduisirent dans le même ordre : six lombrics, à peu près de la même longueur que les premiers, furent encore extraits du vagin par la femme J.; de l'eau s'écoula avant et après leur expulsion. Mes questions devinrent plus multipliées et plus précises. La femme J, m'affirma qu'elle avait apporté la plus grande attention à ce qui s'était passé, et que cette seconde fois, comme la première, *elle était positivement certaine d'avoir saisi les lombrics dans les parties génitales, et d'avoir même introduit les doigts assez avant pour les y saisir.*

Deux fois depuis le 20 avril l'hydrométrie a reparu, et deux fois l'eau que contenait l'utérus a été expulsée, mais sans de nouveaux lombrics. Il y a six semaines, la malade fut prise d'une hémorrhagie utérine qui continua pendant quatre jours, malgré un traitement énergique. Le troisième jour, elle rendit une membrane assez grande pour tapisser la paroi interne de l'utérus; l'hémorrhagie cessa le lendemain, et depuis n'a pas reparu. Malheureusement, je n'ai pu me procurer que des renseignements très-insignifiants sur cette membrane que je n'ai pu examiner, la malade l'ayant fait disparaître; je ne puis par conséquent entrer dans aucun détail à ce sujet. Hier 6 octobre, j'ai revu la femme J ; le ventre a à peu près le volume normal, la santé est meilleure, sans être bonne; le teint est couleur jaune paille, le col de l'utérus est inégal, bosselé, et je ne serais nullement surpris qu'il fût le siége d'une affection cancéreuse. Pour approfondir cette question, je désirais visiter la malade avec le spéculum; cela ne m'a pas été possible pour le moment, plus tard je ne manquerai pas de le faire.

Que penser de tous ces faits? où ont pris naissance les lombrics rendus le 1[er] et le 20 avril? L'histoire citée par M. le docteur Anciaux tendrait à prouver qu'ils ont perforé l'intestin, puis l'utérus. Quoique cette manière de voir me paraisse rationnelle, je ne me prononce pas à ce sujet, je laisse la solution de ces questions à des hommes plus expérimentés et beaucoup plus habiles que moi; mais ce dont je reste parfaitement convaincu, c'est que les vingt-un lombrics rendus par la femme J. provenaient bien de l'utérus. Cette conviction, je la fonde sur les faits si bien observés à deux *reprises différentes* par la malade : il me semble difficile de pouvoir émettre le moindre doute à cet égard. Je termine cette trop longue observation, qui me paraît intéresser la science sous plus d'un point de vue; j'ai voulu la décrire dans ses moindres détails, afin de donner tous les renseignements désirables à ceux de mes savants confrères qui voudraient arriver à la solution du problème qu'elle renferme.

Bédel jeune, D. M.,
à Lamballe (Côtes-du-Nord.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel, **comprenant son histoire, ses indications, l'époque à laquelle on doit le pratiquer, et le meilleur moyen de le déterminer, par le docteur P. Silbert (d'Aix); ouvrage qui a remporté le prix (médaille d'or), au concours ouvert par la Société impériale de médecine de Marseille; avec cette épigraphe :** ***Occidit quisquis servare potest, nec servat.***

Quel que soit le mérite d'un auteur qui traite, dans une monographie surtout, une telle question, quelque imposant que soit le patronage sous lequel il se présente, quelque circonspection, quelque honnêteté qu'il y apporte, il nous est impossible de nous défendre d'une certaine crainte, quand nous voyons aborder un sujet si difficile, tant nous avons de respect pour le dogme sacré de l'inviolabilité de la vie humaine. Au soin que l'auteur a pris de réfuter les objections diverses qui ont été faites à la légitimité de l'intervention de l'art pour provoquer l'accouchement, avant le terme fixé par la nature, on voit bien que, préoccupé lui-même du grave intérêt impliqué dans cette question, s'il vient joindre sa voix aux accoucheurs nombreux qui affirment la légitimité de cette intervention, dans un certain nombre de cas, c'est que l'évidence a entraîné sa conviction, c'est qu'il ne doute pas que ce moyen, quand il est nettement indiqué, ne soit la seule œuvre de salut pour les deux vies que le médecin, en pareille circonstance a charge de sauvegarder. Nous avons lu avec une attention sérieuse le mémoire de M. le docteur P. Silbert; la manière élégante et discrète, sobre et précise dont il a traité son sujet nous a rendu cette tâche facile, et cette lecture n'a pu que nous confirmer dans la conviction où nous étions déjà de la légitimité de cette intervention de l'art dans quelques cas bien déterminés. Cependant nos craintes de voir une manœuvre si simple devenir, dans des mains coupables, l'instrument d'un horrible crime, l'auteur, malgré tous ses efforts, ne les a pas complétement dissipées. « Si, dit-il quelque part, nous en venons aux abus affreux auxquels cette méthode peut donner lieu, d'après Dugès, l'objection ne nous paraît pas sérieuse. Cette opération, en effet, n'a-t-elle pas cela de commun avec tous les moyens médicaux énergiques ? Pourquoi ne retrancherait-on pas alors de la thérapeutique tous ces agents dangereux qui, maniés par des mains habiles et consciencieuses, donnent chaque jour de si beaux résultats ? » Il semble, d'après la manière dont M. Silbert

formule cette objection, qu'il n'ait en vue que les abus que les médecins seuls, en connivence criminelle, pourraient faire de l'opération dont il s'agit; mais, dans notre pensée, ce n'est point là qu'il faut s'arrêter : il faut prévoir l'avenir prochain où cette opération, mise à la portée de tous par sa simplicité, pourra être exécutée par les femmes elles-mêmes. On assimile cette pratique à l'abus possible qu'on peut faire, dans une intention criminelle, des agents énergiques, qui sont monnaie courante dans les usages de la thérapeutique; mais cette assimilation, par deux raisons, manque d'exactitude : d'abord la loi soustrait à l'usage commun ces substances, qui ne peuvent être délivrées par ceux qui les ont en dépôt que sur la signature d'un médecin; et ensuite, parce que ces agents, quels qu'ils soient, laissent des traces dans l'organisme par lequel ils ont passé, soit qu'ils donnent lieu à des lésions inamovibles, soit qu'ils restent eux-mêmes en nature dans les organes, soit qu'ils traduisent leur présence dans l'économie vivante par un ensemble de phénomènes qui les trahissent. En est-il ainsi de l'opération qui a pour but l'accouchement prématuré, quand il suffit, pour atteindre ce but, de quelques douches d'eau simple dirigées sur le col de l'utérus, au moyen d'un irrigateur? Nous ne pousserons pas plus loin ces remarques, au fond desquelles il y a pour nous une question délicate de déontologie médicale, et nous en tirerons seulement cette conséquence, c'est que le médecin a le devoir, en employant cette opération, d'en dissimuler la simplicité, et de faire bien comprendre que lui seul est apte à la faire.

Indiquons maintenant l'économie du travail de M. Silbert; faisons-en ressortir les parties les plus intéressantes: ce sera ajouter un fleuron à la couronne qu'il lui a value de la part d'une des sociétés savantes les plus éclairées du département.

Après avoir, dans la première partie de son travail, traité rapidement l'historique de la question; après s'être efforcé de réfuter les objections qui peuvent y être faites, au quadruple point de vue de la difficulté des indications, de l'incertitude de l'époque à laquelle il convient de pratiquer l'opération, des dangers possibles de celle-ci, des abus criminels qu'on en peut faire, l'auteur aborde la partie la plus difficile, celle qui a pour but la détermination des indications dont nous venons de parler. Ces indications, l'habile médecin d'Aix les partage en deux ordres, celles qui se puisent dans l'état de la mère, et celles que peut présenter le fœtus lui-même. Parmi les premières, l'auteur place, et nous plaçons avec lui, en première ligne, l'angustie pelvienne, en français, l'étroitesse du bassin. Quand cette

condition est bien déterminée, que cette étroitesse atteint certaines limites, à une époque où le fœtus est apte à vivre, l'indication est formelle, il faut opérer; car si vous n'opérez pas, vous serez réduit plus tard à une opération dans laquelle vous sacrifierez ou l'enfant à la mère, ou la mère à l'enfant, quand vous ne les verrez pas périr l'un et l'autre. Moins nous croyons ces opérations, coup de désespoir de l'art, légitimes, et plus l'avortement prématuré, qui a pour résultat de les prévenir, nous paraît rationnel et licite. Les indications qui viennent à la suite de celle-ci ont trait à l'état de maladie de la mère: ce sont les maladies de la grossesse, les maladies aggravées par la grossesse, les maladies qui font craindre que la femme n'arrive pas au terme de la gestation; enfin, dans cet ordre d'indications, M. Silbert fait rentrer aussi les grossesses tardives. Tout le monde a compris qu'en face des indications de cet ordre, la ligne à suivre par le médecin n'est pas aussi nettement tracée que quand il s'agit d'une étroitesse du bassin physiquement appréciable. Ici il n'y a point à compter sur l'imprévu; de quelque noble constitution qu'une femme soit douée, pour répéter un mot de Récamier, il y a en pareil cas un obstacle physique que rien ne vaincra : il faut donc aller au-devant de cet obstacle, il faut le franchir alors seulement qu'il peut être franchi. Mais il n'en est plus de même des indications qui se puisent à la seconde source que nous avons signalée. Là tout est laissé à la sagacité du médecin; point de mètre précis pour mesurer les forces, pour estimer la résistance vitale, pour prévoir les ressources d'un organisme aux abois. Aussi bien pensons-nous qu'en pareille circonstance surtout, M. Silbert a cent fois raison de demander au médecin qui inclinerait à une résolution si grave de ne l'exécuter qu'avec l'assentiment et en la présence d'un ou plusieurs confrères. Pour ce qui est des indications fournies par le fœtus, elles sont à peine saisissables; nous n'en dirons rien. Le médecin d'Aix termine cette partie de son intéressant mémoire par l'examen rapide des contradictions que nous aurions multipliées davantage, et fixe judicieusement, et qu'on ne l'oublie pas, toujours au double point de vue de la mère et de l'enfant, l'époque où l'opération doit être pratiquée.

Cette longue et lumineuse exposition terminée, M. Silbert aborde une question beaucoup plus facile, c'est la question relative aux moyens de déterminer l'accouchement prématuré artificiel. Dans son opinion, et c'est aussi la nôtre, en dehors des cas où une catastrophe imminente commande une opération plus expéditive, il faut se contenter de douches dirigées sur le col, à l'aide d'un sim-

ple clysopompe. Que si ces douches plus ou moins répétées n'aboutissaient pas, on en aiderait l'action par l'usage du seigle ergoté. Une remarque fort juste que fait encore l'auteur, à propos de cette opération, c'est que, si elle peut être faite au temps normal de la révolution mensuelle, il y a chance pour que l'organisme vienne ainsi prêter heureusement son concours à l'art. Enfin, M. Silbert, qui, nous le répéterons encore une fois, ne perd jamais de vue l'intérêt de l'enfant, veut que celui-ci soit toujours nourri avec du lait de femme. Comme la pensée de l'auteur est ici surtout aussi noblement que nettement exprimée, nous le citerons encore une fois. Laisser le lecteur sous l'impression de cette généreuse et délicate pensée, ce sera, d'ailleurs, la meilleure manière de finir cet article : « Pour nous donc, dit le jeune médecin d'Aix, le seul moyen d'assurer le succès définitif de l'accouchement prématuré artificiel, c'est que le nouveau-né, s'il est faible, et c'est le cas le plus ordinaire, soit nourri avec du lait de femme, donné à la cuiller ou au biberon, jusqu'à ce qu'il ait la force de bien prendre le sein. Le conseil que nous donnons, et qu'il nous serait facile d'appuyer de faits tirés de notre pratique, est pour nous le résultat d'une conviction profonde, et nous ne saurions trop recommander à nos confrères de le prendre en sérieuse considération : en dehors de cette condition, en effet, l'accouchement prématuré artificiel que nous préconisons ne diffère guère de l'avortement provoqué. Plus humain en apparence, puisqu'il permet d'amener l'enfant vivant au monde, il est par le résultat final aussi barbare, si l'on ne s'entoure pas des précautions indispensables pour assurer la vie du petit être qu'on vient d'arracher à la mort. »

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du rhumatisme typhoïde.—L'ensemble de symptômes qui constitue ce qu'on est convenu d'appeler *état typhoïde* n'est pas toujours concomitant de la lésion intestinale pathognomonique de la fièvre typhoïde, l'entérite folliculeuse. Sans parler du typhus, qui a donné son nom à l'état typhoïde, il est en dehors de l'entérite folliculeuse certaines affections dans lesquelles on observe quelquefois tout le cortége des symptômes dont l'ensemble constitue l'état typhoïde ; citons, par exemple, la pneumonie à laquelle, dans ce cas, on s'accorde à donner le nom de pneumonie typhoïde.

Dans ces derniers jours il nous a été donné d'observer, dans le service de M. Barthez, à l'hôpital Sainte-Eugénie, deux malades chez lesquels l'état typhoïde accompagnait une affection où son existence est très-rare, nous voulons parler du *rhumatisme aigu*. Ces deux malades étaient deux garçons de douze à quinze ans ; l'un était affecté de rhumatisme articulaire aigu, et les symptômes typhoïdes ont présenté chez lui assez d'intensité pendant plusieurs jours pour que le diagnostic ait dû être réservé.

Chez le second, le rhumatisme siégeait dans tout le système musculaire; l'intensité des douleurs était proportionnée à l'importance et au volume des muscles; ainsi elles étaient très-vives dans les muscles abdominaux, les muscles lombaires, dans les cuisses, les mollets, les épaules, moins intenses aux bras et à la poitrine. La sensibilité des muscles abdominaux rendait le moindre attouchement très-douloureux, la palpation impossible et simulait la sensibilité qui accompagne les lésions intestinales ou péritonéales. A côté de ces symptômes du rhumatisme musculaire aigu généralisé, nous avons constaté une face grippée, de la céphalalgie, les lèvres fuligineuses, les narines pulvérulentes, de la diarrhée fétide, un peu de délire nocturne.

Malgré ces symptômes insolites, ces deux rhumatisants furent traités comme d'ordinaire et guérirent fort bien. Notons, en particulier, les applications chloroformées, qui calmèrent promptement les douleurs musculaires.

Il nous paraît utile de signaler cette coïncidence rare de l'état typhoïde avec le rhumatisme. Ce fait prouve une fois de plus que l'état typhoïde n'est pas une entité morbide, mais bien un ensemble de symptômes qui peut accompagner les affections les plus variées et changer leur aspect sans modifier en rien leur nature.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Chorée *localisée dans les muscles de la phonation (aboyeurs), guérie par le valérianate d'atropine.* M. le docteur Boscrédon vient d'adresser à l'Académie des sciences un fait très-intéressant; mais ce médecin a eu tort de vouloir faire de la maladie qu'il a observée un genre particulier de névropathie. Ce qu'il désigne du nom de *délire des aboyeurs* n'est qu'une forme bien connue de la chorée. En 1690 Gocheins a publié, dans les Ephémérides des curieux de la nature, decur. II, an. 8, une belle observation : Un enfant de dix ans, à la suite d'une vive frayeur, fut affecté d'une chorée intense. Pendant les paroxysmes, outre les mouvements désordonnés du tronc et des membres, le petit malade faisait entendre les sons les plus divers : « *Dum instar canis latrat, gallum gallinaceum cantu suo æquat, ut bos mugit, caprarum ac ovium ballatum edit aliaque hujuscemodi animalia*

voce suâ æmulabatur. » Or, pourquoi vouloir caractériser l'affection plutôt par le cri du chien que par celui des autres animaux. Au point de vue de la médecine pratique, il y a un danger de séparer les chorées localisées des chorées générales, puisque les indications thérapeutiques restent les mêmes; seulement les premières résistent davantage à l'action des agents médicamenteux. Le succès que signale M. Boscrédon est à enregistrer. Le malade était âgé de onze ans; les crises, réfractaires au sulfate de quinine, au chloroforme, aux purgatifs, aux bains et immersions froides, ont cédé à l'administration du valériانate acide d'atropine donné en potion à la dose d'un demi-milligramme dans les vingt-quatre heures. (*Compte rendu de l'Académie*, novembre.)

Fièvre intermittente, *symptomatique d'une inflammation chronique, avec rétrécissements du canal de l'urètre, impuissance du sulfate de quinine; guérison par la destruction des rétrécissements.* Il est d'une sage pratique de ne pas laisser absorber toute son attention par la forme symptomatique, car alors on poursuit l'ombre et non le corps des maladies. Parmi les causes qui peuvent provoquer des accès fébriles intermittents, surtout lorsque l'invasion, l'intensité et la durée des paroxysmes présentent quelque chose d'irrégulier, on doit examiner avec soin l'état des voies urinaires, attendu que les phlegmasies de cet appareil donnent lieu plus facilement que toutes les autres à une fièvre intermittente symptomatique. Le fait suivant en est une nouvelle preuve. Un homme de quarante-huit ans était atteint, depuis deux années, d'une fièvre qui avait pris le type tierce; les accès étaient irréguliers dans leur apparition, dans leur durée et dans leur intensité; ils éclataient souvent à l'occasion d'une fatigue ou d'un excès de table. Souvent ils ne duraient qu'une heure, peu intenses et suivis seulement d'un sentiment de lassitude; d'autres fois les accès étaient excessivement forts, avec frissons violents, claquements de dents, céphalalgie et chaleur brûlante; ils se prolongeaient pendant douze heures et plus, laissant à leur suite une courbature extrême. Les divers médecins consultés prescrivirent tous les préparations de quinquina, et le malade estime à plus d'une livre la quantité de sulfate de quinine qu'il a ingérée depuis le début de ses accidents.

L'irrégularité des accès et l'insuccès de la médication spécifique engagèrent M. Hambursin, consulté à cette époque, à regarder ces phénomènes comme symptomatiques d'une lésion organique. En interrogeant son malade, il apprit que, depuis longtemps, il éprouvait presque constamment le besoin d'uriner; que le liquide sortait par un jet mince, souvent interrompu et s'éparpillant. Les urines, rendues péniblement, ont une odeur ammoniacale, elles sont troubles. Le malade avoue, en outre, qu'il avait eu, douze années, une blennorrhagie dont il n'avait jamais été bien guéri; il existait un peu d'écoulement maculant le linge et toujours plus considérable après chaque accès. En présence de ces phénomènes, M. Hambursin n'hésita pas à attaquer les rétrécissements, qui étaient au nombre de trois, par la dilatation d'abord, puis par la cautérisation. Les accès fébriles diminuèrent de fréquence, au fur et à mesure que le calibre du canal se rétablit et avant que l'écoulement eût disparu à la suite d'injections avec des solutions de perchlorure de fer, puis d'acide tannique.

Parmi les détails de l'observation de notre confrère, il en est que nous devons relever : d'abord les urines étaient beaucoup plus chargées le lendemain de chaque accès; un accès survenait chaque fois que l'urètre avait été trop irrité par les manœuvres de la cautérisation ou par le séjour prolongé d'une bougie volumineuse. Ce résultat était tellement constant, que le malade prédisait lui-même l'explosion des accès (il disait alors que la bougie avait *travaillé*). Nous regrettons qu'il ne soit pas venu à la pensée de M. Hambursin d'imiter la pratique de M. Ricord, en administrant du sulfate de quinine pendant la durée de ce traitement, il eût, sans doute, prévenu la répétition de ces accès; il eût, au moins, avancé beaucoup le moment de leur cessation. (*Journ. de médecine de Bruxelles*, novembre.)

Fièvre pernicieuse (*Maladie des voies urinaires; cathétérisme suivi immédiatement de*); *mort et autopsie.* Le fait suivant va prouver qu'il ne serait pas toujours prudent d'agir comme l'a fait l'honorable confrère de Namur, c'est-à-dire de poursuivre le traitement du rétrécissement sans se préoccuper des accidents fébriles intermittents. Un M. P..., âgé de soi-

xante-trois ans, d'une bonne constitution, du moins en apparence, vient consulter un de nos confrères d'Athènes pour une affection semblable à celle du malade de M. Haubursin, rétrécissement de l'urètre avec affection catarrhale de la vessie, dont les débuts remontaient à vingt cinq années. Le malade est sondé, le bout de la bougie dépassa à peine de deux lignes le rétrécissement, qui siégeait dans la partie membraneuse. Quoique les tentatives eussent été très-modérées, à peine quelques minutes après le cathétérisme, un frisson violent survint, M. P... fut transporté chez lui, et alors se montrèrent tous les symptômes d'une fièvre pernicieuse typhique. Trois confrères furent immédiatement appelés et furent unanimes sur le diagnostic, d'autant mieux qu'un d'eux avait souvent soigné ce malade pour des fièvres pernicieuses dont il avait triomphé par de hautes doses de sulfate de quinine. Le traitement, quoique convenablement et énergiquement appliqué, fut malheureusement inutile, et le malade succomba le lendemain, à quatre heures du soir. — A l'autopsie, qui fut pratiquée vingt-six heures après la mort, on trouva tous les organes de l'abdomen teints de sang, la rate tuméfiée et ramollie, le rein gauche atrophié. La vessie était contractée et plissée; son tissu épaissi et la muqueuse ramollie. La prostate était hypertrophiée et en partie altérée par une induration qui était devenue purulente. A un travers de doigt en avant de l'orifice existait un rétrécissement; mais tout le reste du canal était intact et dans l'état normal. — Les médecins, MM. Olympios, Makas, Goudas, Anninos et Gonzaris, attribuent à l'état pathologique des voies urinaires les fièvres pernicieuses qui, à différentes reprises, ont atteint ce malade, et dont la dernière a causé la mort. En publiant ce fait, notre intention est d'éveiller l'attention des praticiens sur la fréquence des phlegmasies vésicales chez les malades d'un certain âge, et surtout lorsque les rétrécissements urétraux remontent à de longues années; ainsi dans cette dernière observation la difficulté de la miction remontait à vingt-cinq années, et à diverses reprises on avait tenté de triompher du rétrécissement, mais sans se préoccuper de l'état de la vessie. Nous regrettons de ne pas trouver mentionnés les doses de sulfate de quinine et le moment où elles furent employées; mais il est bien évident dans ce fait que la production des accès pernicieux est le résultat du traumatisme de l'urètre et non de la phlegmasie vésicale aggravée par l'administration du sel quinique. (*Abeille méd. d'Athènes* et *Gaz. méd.*, decembre.)

Hydrocèle. *Moyen de reconnaître la transparence du liquide par l'emploi du stéthoscope.* M. Fraser a reconnu que le stéthoscope est beaucoup plus utile que le moyen qu'on emploie ordinairement, celui de placer une lumière d'un côté de la tumeur, en arrêtant les rayons lumineux avec la main. Le stéthoscope arrête mieux la lumière diffuse; aussi, quelque faible que soit la clarté d'une bougie, on peut l'employer dans un appartement éclairé, même par le soleil. A l'aide de ce moyen on arrive même à distinguer, dit l'auteur, la position du testicule, et si, par suite d'anomalie de position, il n'est pas situé à la partie antérieure de l'hydrocèle. Pour ce point spécial du diagnostic, nous préférons de beaucoup la percussion brusque à l'aide de la pointe du doigt; lorsque celui-ci vient à toucher l'organe, il éveille une sensation caractéristique de la pression de la glande séminale. (*The Dublin med. press.*, 1856.)

Manie *hystérique intermittente à la suite de sevrage, guérie par la diète lactée.* M. Baillarger a préconisé depuis quelque temps l'usage de la diète lactée au début des affections mentales aigues. A l'exemple de ce savant aliéniste, M. le docteur V. Marcé a eu recours récemment avec avantage à cette médication; sauf un cas de manie hystérique intermittente développée à la suite du sevrage, l'une des formes les plus rebelles de l'aliénation mentale, et qui avait été infructueusement traitée par les toniques d'abord, puis par les émissions sanguines. Voici cette observation qu'on lira avec intérêt :

Mme X., âgée de vingt-six ans, fortement constituée, n'ayant offert pendant sa jeunesse ni attaque d'hystérie, ni accidents nerveux d'aucune sorte, réglée à douze ans, mariée à dix-huit, eut après quatre années de mariage un enfant qu'elle allaita pendant treize mois, sans paraître en souffrir. Trois semaines après le sevrage, à la suite d'une vive émotion, elle eut une attaque d'hystérie qui s'accompagna de vomissements bilieux très-abondants (août 1855). — A partir de cette époque, Mme X. fut pendant

plusieurs mois dans un état nerveux voisin de l'aliénation mentale : mauvaise humeur, défiance, lamentations incessantes, émotions portées au plus haut degré. Vers la fin de janvier suivant éclata un second accès d'hystérie d'une grande violence, qui s'accompagna d'excitation maniaque bien caractérisée. Cet accès se termina par l'apparition des règles. Ce fut alors que l'on consulta; considérant son état de pâleur, le peu d'abondance de ses règles et la petitesse de son pouls, on lui prescrivit un traitement tonique (fer, vin de quinquina et bains sulfureux).

Ces moyens furent employés avec persévérance pendant deux mois, mais sans succès. De nouveaux accès parurent à chacune des époques de février et de mars, toutes deux d'une violence extrême. Dans l'intervalle des convulsions, elle était en proie à une véritable excitation maniaque d'un caractère érotique.

L'insuffisance du traitement tonique, le caractère manifestement érotique de l'affection chez une malade fortement constituée, engagèrent alors à pratiquer une saignée de 400 grammes. Cette fois l'accès, au lieu de précéder les règles, survint en même temps qu'elles, et il fut moins intense que les précédents.

Une nouvelle saignée fut pratiquée le 20 mai. Les règles apparurent sans accident le 25, mais elles n'etaient pas encore terminées qu'un nouvel accès d'hystérie avec excitation maniaque se manifesta et dura cette fois deux jours seulement.

Troisième saignée, au milieu de juin. Retour des règles le 25, sans douleur et sans incident notable. Cependant un nouvel accès s'étant produit, on se décida le 21 juillet à employer la diète lactée. La malade était nourrie exclusivement de lait et d'un peu de pain (quatre ou cinq bols de lait par jour). Les règles apparurent le 26 juillet; elles durèrent quatre jours, et le 8 août l'accès ayant complétement cessé, on supprima le lait, qui, du reste, avait été très-bien supporté et n'avait amené aucun trouble des fonctions digestives, sauf un peu de constipation. A dater de ce moment les accès ne se reproduisirent plus, et la santé se rétablit complétement. (*Gazette des Hôpitaux*, novembre 1856).

Phimosis *congénial* (*Procédé simplifié pour opérer le*). Un tort des chirurgiens est de vouloir trop généraliser l'emploi des procédés classiques; les variétés anatomiques des lésions laissent place à plusieurs manières d'agir dans une même affection. Ainsi, au lieu de revenir, avec M. Dick, sur les avantages de l'incision et de l'excision, nous préférons mettre en relief sa pratique, dans les cas où la disposition du prépuce qu'il signale existe encore, c'est-à-dire dans l'enfance. Selon lui, le phimosis est toujours constitué, seulement par l'orifice interne de l'ouverture du prépuce, ainsi que par la muqueuse qui tapisse cet étui à l'intérieur. Pour remédier au rétrécissement qui empêche le gland d'être découvert, il n'est donc pas nécessaire de diviser la peau. M. Dick fait tendre le prépuce en le faisant tirer fortement en avant par un aide; puis, sur une sonde cannelée, glisse d'abord un bistouri boutonné, avec lequel il divise l'orifice preputial resserré; enfin, un bistouri courbe lui sert, à son tour, à débrider la muqueuse. Cette section sous-cutanée suffit pour que le but de l'opération soit atteint et cela sans mutilation, sans qu'une seule portion de peau soit retranchée. (*Medical times.*)

Phthisie pulmonaire (*De l'hélicine ou des préparations d'escargots dans le traitement de la*). L'industrie ayant rappelé dans ces derniers temps l'attention des praticiens sur ce remède vulgaire, nous croyons être utile à nos lecteurs en leur fournissant les renseignements suivants, que nous trouvons consignés dans une note de M. le docteur Joachim Pascal, médecin de l'hôpital de Mataro. Voici le régime auquel il soumet ses malades atteints de phthisie : Chaque jour trois potages, et de deux en deux heures une tasse de lait de vache ou de chèvre, avec une tasse de mucilage d'escargots édulcoré avec le sirop de gomme. — Ce mucilage se prépare ainsi : on prend huit escargots, qu'on dépouille de leur coquille, on les nettoie et on les met dans un vase avec deux verrées d'eau froide, puis on bat le tout avec une fourchette, comme on fait pour les blancs d'œufs. L'eau se change en mucilage; on passe le mélange à travers un linge. En outre, deux fois par jour, à jeun d'abord, puis à cinq heures de l'après-midi, on donne vingt gouttes, chaque fois, de teinture alcoolique de bourgeons de sapin noir dans une tasse de décoction de brou de noix; on augmente chaque jour de deux gouttes, et on élève ainsi la dose

jusqu'à soixante gouttes, matin et soir. On s'arrête à ce nombre que l'on administre sans variation pendant un mois. Des frictions avec la teinture de digitale et des bains de gélatine et de nitrate de potasse complètent le traitement.

Lorsque la fièvre diminue, en même temps que la chaleur mordicante de la peau, et que les crachats surnagent plus à la surface de l'eau qu'avant le traitement, on obtient un bon, un excellent résultat, quand même la toux persiste. Si, en même temps, les forces se relèvent, et si la consomption suspend ses progrès, le malade est heureusement en voie de guérison. Il faut insister sur tous les détails du traitement : *continuata sanant*. Quand, au contraire, la maladie persiste ou progresse, malgré notre méthode, dit M. Pascal, c'est le cas de porter un pronostic funeste. Tout espoir n'est pas cependant perdu. On a alors recours à un mode d'alimentation que, depuis seize années, j'ai vu produire des résultats très-avantageux à l'hôpital de Mataro, même dans des cas désespérés. Le malade prend pour toute nourriture et pour toute boisson la moitié d'un verre de lait, de deux en deux heures, lequel contient deux gouttes d'eau iodée. (Eau, 15 grammes; iode, 10 centigrammes.) A midi, il mange un escargot cru et va ainsi jusqu'à en manger trente en une seule fois. Qui n'a pas expérimenté l'usage thérapeutique des escargots, ajoute notre confrère espagnol, ne peut croire aux effets salutaires qu'ils produisent dans les cas graves. L'estomac digère si bien les limaces, que j'ai vu des phthisiques chez lesquels la diarrhée colliquative cessait comme par enchantement par l'usage de cet aliment thérapeutique; j'ai vu des symptômes généraux, dont la gravité semblait incompatible non-seulement avec la guérison, mais encore avec un amendement provisoire, se suspendre sous l'influence d'une dose quotidienne de douze escargots. L'administration d'un moyen thérapeutique avantageux trouve malheureusement un obstacle sérieux dans la répugnance de la plupart des malades; j'en ai vu cependant plus d'un prendre avec sa fourchette et manger avec autant de confiance que de plaisir une trentaine d'escargots saupoudrés de sucre.

Outre un vésicatoire au bras, M. Pascal entretient une révulsion sur les points de la poitrine où se trouve la matité avec quelques feuilles de *clematis vitalba*, dont l'action est préférable à celle des cantharides. On prend quelques feuilles fraîches de cette plante, on les brise et on les applique avec un morceau de linge de la grandeur d'une pièce de cinq francs. On laisse le topique en place pendant une ou deux heures. Le malade éprouve bientôt une grande cuisson, et il se forme bientôt une ampoule pleine de sérosité. On panse avec le cérat simple. On répète la même opération sur d'autres points de la poitrine, jusqu'à huit fois dans le mois. Par ce moyen on opère une révulsion rapide et puissante, sans crainte des inconvénients qu'amène l'absorption des cantharides. Tel est le fond du traitement de notre confrère espagnol; comme il parle au nom d'une pratique nosocomiale datant de plus de seize années, nous n'avons pas hésité à enregistrer ses assertions. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, novembre.)

Plomb (*Accidents produits par l'emploi de fuseaux en*) *des métiers à la Jacquart*. Plusieurs cas de colique de plomb, observés parmi des ouvriers d'une fabrique de soie de Berlin, ont donné lieu à une enquête dont les résultats présentent au point de vue de l'hygiène publique assez d'intérêt pour que nous ayons cru devoir leur donner place ici.

Une commission composée de MM. les docteurs Sieber, Schutz et Perle, chargée de cette enquête, après s'être assurée que les accidents n'avaient frappé que les ouvriers en étoffes façonnées, les seuls qui se servent des métiers à la Jacquart, soupçonnant que ces accidents avaient pour origine le plomb émané des nombreux fuseaux mis en mouvement pendant le jeu de la machine, crut devoir prescrire de passer un vernis sur les cylindres des métiers actuellement en activité, avec recommandation de renouveler cette opération de loin en loin, et de substituer du fer au plomb dans les métiers à construire. Cependant des objections ayant été faites à cette dernière proposition, on étendit l'enquête aux autres fabriques du pays, et l'on apprit que dans aucune de ces manufactures on n'avait eu à regretter d'accident de cette nature, bien que l'usage des métiers à la Jacquart y fût établi depuis longtemps.

En présence de ces contradictions, on se demande s'il ne fallait pas chercher ailleurs la cause morbide, et si, par exemple, elle n'existerait pas dans

les matières premières. Des informations prises et des observations faites à ce sujet, il résulta que quelques soies grèges, celles de Chine, par exemple, sont en effet mélangées d'une notable quantité de plomb destinée à en augmenter le poids, et que certaines qualités subissent même un apprêt qui consiste à les passer dans une solution saline de ce métal. Mais les premières sont ultérieurement soumises à un lavage qui en élimine tout le plomb à l'état de savon métallique, et les secondes sont exclusivement destinées à la couture ou à la confection de plusieurs étoffes rares et tout à fait exceptionnelles. D'ailleurs, il est démontré que les ouvriers employés à ces diverses opérations ne sont nullement atteints de l'affection mentionnée. Et puis, si la cause de la maladie résidait dans la soie elle-même, comment expliquer l'espèce d'élection dont sont exclusivement l'objet les ouvriers qui se servent des métiers à la Jacquart? Comment expliquer l'immunité dont jouissent les fabriques de certaines localités? Sans aucun doute, c'était à l'usage des fuseaux de plomb qu'il convenait d'attribuer les accidents produits, mais c'était à l'observation ou à la négligence des soins de propreté, et au bon état des appareils, qu'il fallait demander compte des différences observées entre les diverses fabriques de telle ou telle ville.

En effet, dans les fabriques des localités où les accidents ont pris assez de fréquence ou de gravité pour exciter l'attention de l'autorité, les métiers, d'ailleurs en mauvais état et dégageant en conséquence une plus grande quantité de poudre de plomb que dans des circonstances contraires, se trouvent placés sur un sol inégal, mal carrelé, quelquefois même sur la terre. Il se répand alors sur le sol, sans qu'on s'en aperçoive et sans qu'on puisse ni que l'on cherche à s'en débarrasser, des couches de plomb pulvérisé dont l'humidité atmosphérique favorise l'oxydation, et par suite la transformation en carbonate, qui, plus léger que le plomb lui-même, se dissémine avec d'autant plus de facilité sous l'influence des courants d'air. Au contraire, dans les ateliers bien tenus, le sol sur lequel reposent les métiers étant recouvert d'un carrelage lisse et en bon état, la poussière dégagée par le frottement des cylindres y est aussitôt décelée par sa couleur noire.

C'était donc moins dans une réforme médicale que dans un ensemble de précautions hygiéniques qu'il fallait aller chercher un préservatif contre le danger signalé. En conséquence, la commission berlinoise a jugé nécessaire d'exiger : 1° le vernissage des cylindres de plomb des métiers actuellement en activité ; 2° l'introduction, sur chaque métier, d'un dessous mobile, par exemple, d'une couverture de laine, qui serait facilement enlevée et nettoyée chaque semaine.

Par ces deux moyens tendant, l'un à s'opposer à la formation de la poussière toxique, l'autre à l'éliminer à mesure qu'elle se produit, on devait mettre les ouvriers des métiers à la Jacquart à l'abri de tout accident. C'est à une mesure de ce genre, adoptée dans le temps dans les fabriques de Rouen, que les ouvriers de cette ville ont dû l'amélioration nouvelle qui s'est opérée dans leur état sanitaire. (*Gazette hebdomadaire*, novembre 1856.)

Ulcération *syphilitique des orteils ayant réclamé une amputation médio-tarsienne.* Lorsqu'une diathèse syphilitique se manifeste par de nombreux symptômes et que, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, tous les accidents disparaissent, à l'exception d'un seul qui résiste, étend ses ravages sur la région où il est fixé et plonge le malade dans un marasme qui le menace d'une mort prochaine, est-il indiqué de recourir à l'extirpation de la partie affectée ? — Cette question est naturellement soulevée par le fait suivant, rapporté par M. le docteur Tuefferd fils, de Montbéliard :

Annette M..., grande, forte, d'un tempérament lymphatique, alla demander, en 1855, à M. Tuefferd, la guérison de nombreuses pustules plates qu'elle portait à la vulve et à l'anus. Elle avait de plus un reste de roséole et une angine syphilitique bien marquée. Après un traitement incomplet et très-imparfaitement suivi, la malade revint au bout de trois mois avec les mêmes accidents, compliqués de l'engorgement de plusieurs ganglions cervicaux et d'une ulcération de mauvais aspect, d'une odeur repoussante, à fond grisâtre, à bords perpendiculaires, contournant la racine de l'ongle du gros orteil. — Annette resta encore deux mois sans se soigner ; mais cet accident ayant empiré, elle fit appeler M. Tuefferd, qui constata alors ce qui suit : l'orteil était tombé, le hideux ulcère gagnait la face dorsale du pied ; un second ulcère, exactement semblable, apparaissait autour de l'ongle du

méllus droit. La constitution s'était visiblement altérée, l'embonpoint avait fait place à la maigreur, la face avait beaucoup pâli, l'appétit était perdu, les douleurs rendaient le sommeil impossible. La malade fut mise d'abord et successivement à l'usage du protoiodure de mercure, de la liqueur de Van-Swieten, des pilules de Dupuytren, des tisanes dépuratives, etc. Sous l'influence de ces moyens, continués pendant trois mois, et de pansements appropriés, tous les symptômes de l'infection constitutionnelle disparurent, sauf la lésion du pied, qui faisait des progrès peu rapides, mais incessants. M. Tuefferd prescrivit alors l'iodure de potassium, à la dose de 1, puis de 2 et de 3 grammes par jour, sans obtenir la moindre amélioration. Au bout d'un an, la grande moitié de la face dorsale du pied était envahie et rongée. L'iodure de potassium avait été remplacé par les ferrugineux. A cette époque l'amaigrissement avait fait de grands progrès, et les douleurs étaient si violentes, qu'il fallait chaque soir de 10 à 15 centigrammes d'opium pour procurer un peu de sommeil.

Annette M..., étant menacée d'une mort très-prochaine, M. Tuefferd se résolut à pratiquer l'amputation médio-tarsienne. Il réussit au delà de ses espérances. La malade reprit toutes ses forces et toute sa fraîcheur. Au bout d'une année, elle n'avait eu aucun retour syphilitique.

Deux raisons principales avaient déterminé M. Tuefferd à opérer : 1° l'insuffisance bien constatée des spécifiques et le danger immédiat dont cette jeune fille était menacée ; 2° la possibilité que la diathèse syphilitique fût guérie et que le degré avancé de la désorganisation s'opposât seul à la réparation des tissus. L'évènement a justifié la conduite de M. Tuefferd et vérifié ses prévisions. Nous croyons donc qu'en pareil cas, mais en pareil cas seulement, on devrait agir comme l'a fait notre confrère. (*Union médicale*, novembre 1856.)

Yeux (*Aptomètre : instrument pour déterminer les limites du pouvoir d'accommodation des*). La plupart des moyens signalés exigent des personnes soumises à l'expérimentation une certaine intelligence, qu'on est susceptible de ne pas rencontrer chez tous les malades. Afin de rendre cette détermination plus facile et plus précise, Graëfe se sert d'un instrument très-simple, qui, outre qu'il donne des résultats on ne peut plus satisfaisants, peut être employé indistinctement chez tous les individus, chez ceux même dont l'esprit est le moins cultivé. Cet instrument se compose d'un cadre quadrangulaire d'environ un pouce de côté, dans lequel sont tendus un grand nombre de fils métalliques très-fins, dont l'ensemble représente une figure finement striée. En tenant ce cadre à la main et en l'interposant entre l'œil et un mur ou le ciel, on ne peut voir nettement les fils que dans les cas où l'œil est adapté à la distance où se trouve le cadre ; sitôt que cette dernière condition vient à faire défaut, les fils sont vus indistinctement, leur image s'élargit, se chromatise et comble en partie ou en totalité l'intervalle qui les sépare ; l'ensemble ne présente plus alors une surface striée, mais seulement une figure confuse. (*Arch. f. ophth.* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, octobre.)

VARIÉTÉS.

L'Académie impériale de médecine a tenu sa séance solennelle le 16 décembre sous la présidence de M. Bussy. Cette séance intéressante a commencé par un excellent rapport de M. Depaul, secrétaire annuel, sur les prix décernés pour 1856. Puis les lauréats ont été proclamés dans l'ordre suivant : pour le *Prix de l'Académie :* M. Michel, professeur-agrégé à la Faculté de Strasbourg (*récompense* de 600 francs), et M. Luys, interne des hôpitaux de Paris (encouragement de 400 francs.) — *Prix Portal :* M. le docteur Bauchet, médecin à Paris. — *Prix Civrieux :* encouragement de 500 francs à M. le docteur Martinet, de Paris — *Prix Capuron* : M. le docteur Silbert, médecin, à Aix-en Provence.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des

travaux publics a bien voulu accorder, pour *la vaccine*, un prix de 1,500 francs partagé entre MM. Bertillon, médecin à Montmorency, Thore, à Sceaux, et Voisin, au Mans. — Ont mérité des *médailles d'or*, MM. Gintrac (Henri), de Bordeaux; Bourguet, de Rhodez; Parmentier, de Valence; et Renault, d'Alençon. Cent médailles d'argent ont été également accordées. — Pour le service des *épidémies*, des *médailles d'argent* ont été méritées par MM. Hecquet, d'Abbeville; Raimbert, de Châteaudun; Etoc-Demazy, du Mans; Degaille, de La Flèche, et Pichenot, de Liernan. — *Médailles de bronze* : MM. Guillemin, Chapel, Aquillion, Danvin, Martin-Duclos. — Mention particulière, avec rappel de médailles, pour MM. Lecadre, Jacquel, Poulet, Vingtrinier et Duclos. Mention honorable à MM. Alexandre Billot, Castel, Dauson, Dehée, Laroche, Lemonnyer. — Pour le service des *Eaux minérales, médailles d'argent* à MM. Haime, à Vichy; Herpin, de Metz; Gerdy et Bernard, à Uriage; Buissard, à Lamotte-les-Bains. — Mentions honorables (avec rappel de Médailles) : MM. Dufraisse de Chassaigne et Petit. — Médailles de bronze : MM. Barrié père, Privat, Gaudet, à Dieppe, Chapelain, Pouget et Artigala. — Mentions honorables : MM. Tellier, Clavet, Rérolle, Chevallier.

Après la longue énumération de ces lauréats, M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie, a lu, au milieu des applaudissements les plus sympathiques et les plus mérités, l'*Eloge* de M. Roux. Nous regrettons de ne pouvoir donner qu'un court fragment de cette étude brillante et vraie sur un des plus sagaces chirurgiens du dix-neuvième siècle.

« Maintenant, Messieurs, et avant de terminer, permettez-nous de dire toute notre pensée sur le collègue dont nous venons de retracer la vie.

« Trois grands chirurgiens ont, en quelque sorte, rempli, pour nous, la première moitié du dix-neuvième siècle : Boyer, Dupuytren et M. Roux. De ces trois chirurgiens, M. Roux a eu incontestablement pour lui d'être, comme opérateur, le plus ingénieux, le plus entreprenant et le plus hardi; mais nous devons ajouter qu'il ne s'est pas toujours mis à l'abri d'un grave reproche, celui d'avoir poussé cette hardiesse jusqu'à la témérité. Pour lui, nous l'avons vu, les qualités du bon, du vrai, de l'excellent chirurgien se résumaient presque toutes dans l'art d'opérer avec assurance et avec grâce, et avec grâce surtout. Plus que personne, M. Roux aurait pu, dans le cours de sa longue carrière, être utile à l'humanité; il a fait avancer la science, et en plusieurs points il a reculé les limites de l'art : que n'avait-il un peu plus de cette prudence et de cette réserve si nécessaires dans la pratique de la chirurgie ! Il excellait en tout, mais n'ayant jamais su se contenir, il abusait un peu de tout, non-seulement de sa parole e de sa plume, mais encore de ce qu'il y avait de plus redoutable au monde, de l'art chirurgical. Impatient d'agir, désireux de se montrer avec tous ces avantages, c'est-à-dire, l'instrument à la main, il ne prenait pas toujours le temps de s'assurer si telle opération était absolument nécessaire, si elle était rigoureusement indispensable....

« Etrange et brillante nature qui ne péchait que par l'excès même de ses qualités; ont eût dit qu'une fée jalouse s'était plu à gâter en lui les plus beaux dons du monde, en les lui prodiguant sans mesure et sans discernement; de là cette verve, cette fougue que l'âge n'avait pu calmer; de là aussi ce défaut d'ordre et de suite qui se reproduisait tour à tour dans ses leçons, dans ses écrits et dans sa pratique.

« M. Roux était donc un grand opérateur, mais il l'était trop exclusivement; il n'était point assez pénétré de cette grande et incontestable vérité, que, pour

être un heureux chirurgien, il faut être en même temps un sage médecin; que ce qui fait aujourd'hui la force et l'honneur de la chirurgie, c'est que, dans ses études et dans son exercice, elle est étroitement unie avec la médecine.

« Mais si la chirurgie, longtemps opprimée, marche aujourd'hui l'égale de la médecine, il ne faut pas qu'elle oublie que c'est en s'appuyant sur sa compagne et en lui demeurant fidèle, qu'elle restera grande, forte et bienfaisante...»

Prix proposés pour 1857. — *Prix de l'Académie :* « Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — *Prix Portal :* « Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres causes. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — *Prix Civrieux :* « *Du vertige nerveux.* Tracer avec soin le diagnostic différentiel du vertige nerveux, signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la pléthore, par l'anémie, et par une lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame. » Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr. — *Prix Capuron :* « 1° *Question relative à l'art des accouchements :* la question des *morts subites dans l'état puerpéral*, proposée pour 1855 est remise au concours pour 1857. L'Académie fera remarquer aux concurrents que depuis longtemps on a observé des cas de mort subite chez les femmes enceintes, en travail ou accouchées, sans que ces cas de mort aient pu s'expliquer par les causes ordinaires et appréciables des morts subites. Ce sont ces cas encore inexpliqués que l'Académie avait en vue quand elle a proposé la question des *morts subites dans l'état puerpéral*, et c'est dans ce sens exclusivement qu'elle désire que la question soit traitée. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — « 2° *Question relative aux eaux minérales :* caractériser les eaux minérales *salines*, indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe; déterminer par l'observation médicale leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — *Prix Lefèvre :* « De la mélancolie. » Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,000 fr. — *Prix fondé par M. le baron Barbier.* Ce prix, qui est annuel et de la valeur de 3,000 fr., sera décerné à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc., etc. (*Extrait du testament.*)

Prix proposés pour 1858. — *Prix de l'Académie :* « La question déjà proposée pour 1856 est de nouveau mise au concours; elle est conçue en ces termes; Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies, signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — *Prix Portal :* « De l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections. » Ce prix sera de la valeur de 600 fr. — *Prix Civrieux.* L'Académie met de nouveau au concours la question suivante : « Etablir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite; mais elle recommande aux concurrents non-seulement de s'enquérir de tous les faits déjà observés, mais encore de s'aider des expériences

qui pourraient être faites en ce qui concerne l'inflammation des nerfs, afin de faire mieux connaître les caractères différentiels de la névrite. » Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr. — *Prix Capuron* : « De la mort de l'enfant pendant le travail de l'accouchement. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — *Prix Itard*. Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr. — *Prix fondé par M. le baron Barbier* : (Voir plus haut les conditions posées par le testateur.)

Les mémoires pour les prix à décerner en 1857 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année.

L'Académie de médecine de Paris a procédé à l'élection de son bureau pour 1857. Ont été nommés : *Président*, M. Michel Lévy; *vice-président*, M. Laugier; *secrétaire annuel*, M. Depaul; *membres de son Conseil d'administration*, MM. Laugier, Bégin et Robinet.

L'Académie royale de médecine de Belgique a tenu sa séance solennelle le 25 du mois d'octobre. La séance s'est terminée par la proclamation des lauréats. Parmi les quatre questions données comme sujet de prix, trois sont restées sans réponse. Sept concurrents se sont présentés pour la troisième : Quelles sont les indications et les contre-indications des évacuations sanguines dans les maladies fébriles ? L'Académie a décerné le prix au mémoire portant pour épigraphe : « Prenez garde, disait Napoléon à Corvisart, ce sang que vous répandez si profusément est la vie ; » et ce passage de M. Pidoux : « Le frein le plus puissant et le plus salutaire à l'abus des saignées est dans l'étude plus sérieuse de la maladie. » L'auteur du mémoire est M. le docteur Aillaud, médecin à Beaucaire (Gard).

Sur la demande de plusieurs concurrens anonymes et vu l'importance de la question mise au concours par la Société médico-pratique : « Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux, » la Société a prorogé jusqu'au 31 décembre 1857 l'époque à laquelle le concours sera fermé sans remise ; le prix est de 500 francs. Les Mémoires devront être adressés *franco*, à M. Martin, agent de la Société, à l'hôtel de ville.

M. le docteur Regnauld, professeur agrégé de la Faculté de médecine et pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, est nommé professeur de physique à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Le concours pour l'agrégation ouvert à Paris pour les trois Facultés vient de se terminer par les nominations suivantes : *Faculté de Paris* : Anatomie et Physiologie, M. Rouget ; Histoire naturelle, M. Baillon; Pharmacie, M. Réveil ; Physique, M. Guillemin. — *Faculté de Strasbourg* : Anatomie et Physiologie, M. Morel : *Faculté de Montpellier* ; Histoire naturelle, M. Mottessier.

Le concours de l'Internat vient de se terminer. Ont été nommés : — *Internes* : MM. Menjaud, *prix*; Paris, *accessit*; Labbé, *mention*; Pouquet, *mention*; J. Simon, Cazelles, Duboué, Dubrisac, Coulon, Fournier (Eugène), Dezanneau, de Saint-Germain, Témoin, Delestre, Brulé, Paul, Bonnemaison, Royer, Leven, Fauvel, Goux, Gros, Ladreit de la Charrière, Simon (Edmond), Campana, Gérin-

Rose. — *Internes provisoires :* MM. Mottet, Gauthiez, Homo, Tillaux, Colvis, Collineau, Fournier (L.), Mercier (J.), Bosia, Denjoy, Cassou, Marchand, Mauvezin, Regnault, Regnier, Viaud Grand-Marais, Long, Sergent, Lancereaux, Vanebroueq, Desprès (Arm.), Belhomme, Blot, Dublanc, Bricheteau.

Un de nos plus honorables confrères, M. le docteur Coindet, de Genève, vient d'être l'objet d'une destitution brutale et imméritée. Le motif de cette mesure, sans exemple encore, est une prétendue séquestration d'une pauvre jeune fille atteinte d'aliénation intermittente. Aussitôt que ce fait a été connu. Les membres de la Faculté de médecine de Genève ont adressé à M. Coindet la lettre suivante :

« Nous venons vous exprimer, monsieur et très-honoré confrère, le profond déplaisir et les sincères regrets que nous avons éprouvés à la nouvelle de l'acte arbitraire qui, en vous frappant de la manière la plus imméritée, enlève à l'établissement des aliénés son fondateur et son médecin. — Nos sentiments de citoyens ont été vivement froissés par la violation des principes les plus élémentaires de toute justice : les formes légales de l'enquête n'ont pas été suivies, la cause n'a pas été entendue, tout débat contradictoire a été rendu impossible. — Nos sentiments de membres de la Faculté de Genève n'ont pas été moins douloureusement blessés par la violation de ces règles de bonne et loyale confraternité médicale, qui jusqu'ici n'avaient jamais souffert de publique atteinte : des experts choisis en dehors des prescriptions de la loi se sont laissé nommer d'office et ont accepté un mandat que les convenances les obligeaient à refuser. Méprisant tous les égards dus à un collègue que son âge, son savoir et ses services devaient leur faire respecter, ils ont procédé, sans l'en prévenir, à une visite où il était pour eux d'obligation stricte de réclamer sa présence, et ils ne lui ont pas même communiqué les résultats d'une enquête dont le texte, sans conclusion sérieuse, démontre assez le peu de valeur. — Nous voyons avec chagrin s'introduire parmi nous des procédés inouïs dans le corps médical, et nous nous regarderions en quelque sorte comme complices de la mesure dont vous êtes la victime, si nous la laissions passer sans témoigner hautement notre complète désapprobation. — Nous espérons, monsieur et très-honoré confrère, que vous trouverez dans la sympathie de vos collègues la preuve de leur adhésion à la conduite que vous avez tenue et la confirmation des sentiments d'estime et de considération qu'ils vous ont toujours portés, et qu'ils vous conservent aujourd'hui plus que jamais. »

Poursuivant ses mesures de rigueur, l'administration publique a destitué les médecins fonctionnaires qui avaient signé cette protestation. C'est ainsi qu'ont été atteints successivement les docteurs Figuière, Strœhlin, Rillet, etc. Devant un tel conflit, un seul tribunal était possible, l'opinion publique; aussi, la Société médicale de Genève a pris la louable détermination de rassembler toutes les pièces relatives à ces débats, puis en a adressé un exemplaire à toutes les Académies et Sociétés médicales, ainsi qu'aux journaux. En présence de ces documents, il est impossible de ne pas rester convaincu que de regrettables dissentiments politiques sont les seules causes de ces proscriptions d'honorables et savants médecins. Puissent les témoignages unanimes de sympathie de la presse médicale française faire oublier à MM. Coindet et Rillet l'odieux des mesures injustes dont ils viennent d'être frappés !

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU CINQUANTE-UNIÈME VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU TOME CINQUANTE-UNIÈME.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7, BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.